



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



Satisfação profissional dos médicos dentistas na utilização do cheque-dentista: um estudo exploratório no concelho de Lisboa

Sílvia Mateus Rolo

VIII Curso de Mestrado em Gestão da Saúde
2012-2014

Orientador: Professor Doutor Luís Graça

Julho de 2014

A satisfação está no esforço e não apenas na realização final

Mahatma Gandhi

AGRADECIMENTOS

Depois desta longa jornada fica sem dúvida um sentimento de missão cumprida, de muita aprendizagem, partilha e amizade.

Tenho de agradecer em primeiro lugar à pessoa que sempre me apoiou nesta jornada, mesmo antes de começar, o meu namorado João. Pelo incentivo, paciência, por estar sempre lá quando preciso.

Aos meus pais, Ana e António, porque sem eles não seria o que sou hoje e pelo apoio que demonstraram ao longo destes dois anos, obrigada!

À minha irmã, Cristina, por estar sempre disponível e disposta a ajudar.

À minha avó Constância, onde quer que esteja, sei que está muito orgulhosa.

À Dra. Sofia Cordeiro, que me pôs a pensar “porque não tirar um mestrado?”.

Aos amigos e colegas da ENSP.

Ao meu orientador Prof. Dr. Luís Graça pela ajuda e disponibilidade que sempre demonstrou.

A todos os médicos dentistas que se disponibilizaram para responder ao questionário, sem eles não seria possível este trabalho.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para esta jornada.

RESUMO

A satisfação profissional é um fenómeno amplamente estudado e esse interesse decorre da influência que a mesma pode exercer sobre o trabalhador, afetando a sua saúde, atitudes, comportamento profissional e social, com repercussões tanto para a sua vida privada como para as organizações. Considerando a tendência mundial de se aproximarem os perfis da profissão para um perfil único e de que a investigação sobre a satisfação profissional dos médicos dentistas em vários países estar presentemente a ser divulgada, seria importante avaliar a situação em Portugal para fins comparativos.

O presente estudo teve como objetivo investigar o grau de satisfação profissional dos médicos dentistas na utilização do cheque-dentista no concelho de Lisboa, procurando estabelecer relações entre as diferentes dimensões da satisfação profissional e variáveis socioprofissionais. Um questionário de autopreenchimento foi enviado por e-mail para as clínicas onde os médicos dentistas trabalham, num total de 99 obtendo-se uma taxa de resposta de 24,2%.

Verificou-se que em relação à satisfação profissional em geral nas várias dimensões questionadas, é a relação profissional/paciente que os médicos dentistas consideram como mais importante logo seguida da realização pessoal e profissional. Como menos importante os médicos dentistas referiram o status/prestígio e a segurança profissional. Já no campo da satisfação profissional no âmbito do cheque-dentista concluiu-se que mais próximo do grau de satisfeito se encontra a relação estabelecida com o paciente assim como a relação de trabalho com a equipa. No grau de satisfação mais baixo, de total insatisfação encontra-se o número de tratamentos que são permitidos efetuar em cada cheque-dentista e um último lugar encontra-se o valor remuneratório do cheque-dentista. Comparando a satisfação profissional com o cheque-dentista entre géneros, verificou-se que apenas na dimensão do valor remuneratório do cheque-dentista existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,026$), sendo que o género feminino demonstra maior satisfação que o género masculino.

O número de participantes não foi suficiente para que se possa generalizar os resultados para a população. É necessária a realização de mais estudos neste âmbito com um maior número de profissionais de forma a que os resultados sejam estatisticamente significativos.

Palavras-chave: satisfação profissional, saúde oral, médico dentista, cheque-dentista

ABSTRACT

Job satisfaction is a widely studied phenomenon, and this interest stems from the influence which it may exert on the worker, affecting their health, attitudes, social and professional behavior, with implications for both private life as for organizations. Considering the global trend of approaching the profiles of the profession to a single profile and that research on job satisfaction of dental practitioners in various countries is currently being disclosed, would be important to assess the situation in Portugal for comparative purposes.

The present study aimed to investigate the degree of job satisfaction of dental practitioners in the use of the dentist-voucher in the municipality of Lisbon, looking to establish relationships between different dimensions of job satisfaction and socio-professional variables. A self-administered questionnaire was sent by email to the clinics where dentists work, a total of 99 yielding a response rate of 24.2%.

It was found that in relation to job satisfaction generally questioned in several dimensions, is the professional / patient relationship that dentists consider as more important soon followed the personal and professional fulfillment. As less important dentists mentioned the status/prestige and job security. In the field of job satisfaction within the dentist-voucher we concluded that the nearest degree is satisfied in the established relationship with the patient as well as the working relationship with the team. At the lowest level of satisfaction, total dissatisfaction, is the number of treatments that are allowed in each dentist-voucher and in last place is the salary amount of the dentist-voucher. Comparing job satisfaction with the dentist-voucher with gender, only in the salary amount of the dentist-voucher was found statistically significant differences ($p = 0.026$), whereas the females show greater satisfaction than male gender.

The number of participants was not enough so that we can generalize results to the population. Conducting more studies in this area to a greater number of professionals is required so that the results are statistically significant.

Keywords: job satisfaction, oral health, dentist, dentist-voucher

SIGLAS E ABREVIATURAS

ARS – Administração Regional de Saúde

CPOD – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados na dentição permanente

CS – Centro(s) de Saúde

MD – Médico(s) Dentista(s)

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

PNPSO – Plano Nacional de Promoção de Saúde Oral

SISO - Sistema de Informação para a Saúde Oral

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
SIGLAS E ABREVIATURAS	VI
INTRODUÇÃO.....	1
REVISÃO DA LITERATURA.....	3
1. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	3
2. TEORIAS SOBRE SATISFAÇÃO PROFISSIONAL.....	5
3. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA PROFISSÃO DE MÉDICO DENTISTA	9
4. MÉDICO DENTISTA	12
5. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL DOS MÉDICOS DENTISTAS.....	17
6. SAÚDE ORAL.....	20
7. PROGRAMA DE SAÚDE ORAL EM PORTUGAL	22
8. CHEQUE-DENTISTA	24
9. VOUCHER	33
METODOLOGIA.....	35
1. OBJETIVOS.....	35
2. DELINEAMENTO DO ESTUDO	36
3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	36
4. RECOLHA DE DADOS	36
5. PRÉ – TESTE DO QUESTIONÁRIO	38
6. OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS.....	38
7. ANÁLISE ESTATÍSTICA	40
8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	42
RESULTADOS.....	44
DISCUSSÃO	65
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	76

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Referências à medicina dentária – origem ancestral.....	9
Quadro 2 - Referências à medicina dentária – idade média.....	9
Quadro 3 - Referências à medicina dentária – século XVIII.....	10
Quadro 4 - Referências à medicina dentária – século XIX.....	10
Quadro 5 - Referências à medicina dentária – século XX.....	11
Quadro 6 - Processo de Contratualização entre 2005-2008.....	26
Quadro 7 - Processo de Contratualização na modalidade de cheque-dentista.....	28
Quadro 8 - Número máximo de cheques-dentista atribuídos às várias populações em 2009.....	30
Quadro 9 - Número máximo de cheques-dentista atribuídos às várias populações em 2013.....	32
Quadro 10 - Operacionalização de variáveis independentes.....	40
Quadro 11 - Média e desvio-padrão do grau de satisfação profissional face aos vários itens.....	46
Quadro 12 - Soma, média e desvio-padrão por dimensão relevante para o trabalho com o cheque-dentista.....	54
Quadro 13 - Número de horas de trabalho semanal no âmbito do cheque-dentista.....	58
Quadro 14 - Comparação entre importância dada às várias dimensões da satisfação profissional e a satisfação experienciada no âmbito do cheque-dentista.....	60
Quadro 15 – Teste t-Student para a satisfação profissional nas várias dimensões por género.....	61
Quadro 16 - Análise de correlação de Spearman entre a satisfação nas várias dimensões por grupo etário.....	62
Quadro 17 - Análise de correlação de Spearman entre a satisfação nas várias dimensões por anos de profissão.....	63
Quadro 18 - Análise de correlação de Spearman entre a satisfação nas várias dimensões por número de horas de trabalho semanais.....	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos inquiridos por género.....	44
Gráfico 2 - Distribuição dos inquiridos por grupo etário.....	44
Gráfico 3 - Número de médicos-dentistas que aderiram ao cheque-dentista no ano respetivo	45
Gráfico 4 - Distribuição de pacientes tratados com cheque-dentista.....	45

Gráfico 5 - Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao valor remuneratório do cheque-dentista.....	47
Gráfico 6 - Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao número de tratamentos permitidos efetuar.....	48
Gráfico 7 - Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa à estabilidade profissional.....	48
Gráfico 8 - Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao prestígio.....	49
Gráfico 9 - Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa à autonomia na decisão do tratamento a efetuar.....	49
Gráfico 10 - Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao stress profissional.....	50
Gráfico 11 - Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao reconhecimento do seu trabalho..	50
Gráfico 12 - Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao tempo médio de consulta.....	51
Gráfico 13 - Distribuição pelos vários graus de satisfação profissional relativa às idades definidas para tratamento.....	51
Gráfico 14 - Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa à realização pessoal e profissional.....	52
Gráfico 15 - Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao tempo que a ARS leva a pagar.....	52
Gráfico 16 - Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao prazo de validade do cheque-dentista.....	53
Gráfico 17 - Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa à relação estabelecida com o paciente	53
Gráfico 18 - Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa à relação de trabalho com a equipa...	54
Gráfico 19 - Número de médicos-dentistas por setor de atividade.....	55
Gráfico 20 - Tipo de atividade(s) exercidas pelos médicos-dentistas.....	55
Gráfico 21 - Número de respostas afirmativas ou negativas consoante a afirmação partindo do pressuposto “se tivesse de começar tudo de novo”	56
Gráfico 22 - Ano de início da profissão.....	57
Gráfico 23 - Número de horas semanais de desempenho da profissão.....	57
Gráfico 24 - Tipo de vínculo com entidade patronal.....	58
Gráfico 25 - Medidas prioritárias a implementar de forma a aumentar a satisfação profissional do médico dentista no âmbito do cheque-dentista.....	59

INTRODUÇÃO

A satisfação profissional é um fenómeno amplamente estudado e esse interesse decorre da influência que a mesma pode exercer sobre o trabalhador, afetando a sua saúde, atitudes, comportamento profissional e social, com repercussões tanto para a sua vida privada como para as organizações (Locke, 1976 e Pérez- Ramos, 1980; cit. por Martinez; Paraguay, 2003).

Vários estudos têm sido conduzidos na área da saúde sobre esta temática, no entanto, sem se chegar a um consenso, quer por dificuldade de definição de conceitos quer por falhas dos instrumentos utilizados para a medição desta (Martinez; Paraguay, 2003).

Já existem inúmeros estudos sobre satisfação profissional dos médicos dentistas a nível internacional, em países como o Reino Unido, Coreia do Sul, Lituânia e Austrália. Os resultados indicam que de um modo geral os médicos dentistas demonstram-se satisfeitos com o seu trabalho, no entanto o grau de satisfação varia consoante o grupo etário, trabalho privado ou público, trabalho único versus vários trabalhos, horários de trabalho, remuneração e valorização na equipa de trabalho (Luzzi et al., 2005; Gilmour, 2005; Jeong et al., 2006; Purienne et al., 2008; Luzzi e Spencer, 2011; Goetz et al., 2012; Fahim, 2013).

Em Portugal existe apenas um estudo quantitativo sobre o grau de satisfação profissional dos médicos dentistas. Foi aplicado um questionário ao qual responderam 135 médicos dentistas. Os resultados obtidos refletem um elevado grau de satisfação entre os profissionais, e os fatores mais relacionados com a satisfação são: o tipo de trabalho, a responsabilidade e as relações interpessoais, enquanto a insatisfação relaciona-se com: a remuneração, as condições de trabalho, o reconhecimento, o crescimento pessoal e a progressão na carreira (Gonçalves, 2008).

Este foi o único estudo encontrado sobre a profissão em Portugal. Considerando a tendência mundial de se aproximarem os perfis da profissão para um perfil único e de que a investigação sobre a satisfação profissional dos médicos dentistas em vários países estar presentemente a ser divulgada, seria importante avaliar a situação em Portugal para fins comparativos.

O presente trabalho tem como objetivo geral, conhecer o grau de satisfação profissional dos médicos dentistas no âmbito da utilização do cheque-dentista no concelho de Lisboa.

Este trabalho inicia-se com uma introdução ao estudo e apresenta duas partes distintas. A primeira parte incide sobre a fundamentação teórica do trabalho através da revisão da literatura sobre o tema. A segunda parte descreve a metodologia do estudo, principalmente o modelo do estudo, a sua caracterização, os métodos de recolha de informação, técnicas de tratamentos de dados e as limitações do estudo.

Por último é feita a análise e discussão dos resultados obtidos, comparando com estudos anteriores. São feitas ainda as considerações finais e recomendações/sugestões do estudo.

REVISÃO DA LITERATURA

1. Satisfação profissional

A satisfação profissional é um fenómeno complexo e de difícil definição e medição. Parte dessa dificuldade decorre da satisfação no trabalho ser um estado subjectivo, uma emoção, um sentimento, uma atitude. A satisfação como uma situação ou evento, pode variar de pessoa para pessoa, de circunstância para circunstância, ao longo do tempo para a mesma pessoa estando sujeita a influências variáveis de fatores internos e externos ao ambiente de trabalho imediato (Fraser, 1983; cit. por Martinez; Paraguay, 2003). Apesar do conceito ter vindo a ser estudado desde os anos 30 não existe uma definição única.

O conceito de satisfação profissional tem sido definido de diversas formas, no entanto a definição mais utilizada em termos organizacionais é de Locke (1976), segundo o qual a satisfação profissional é um estado emocional agradável ou positivo resultante da avaliação do trabalho ou das experiências no trabalho feita pelo trabalhador.

Desde a antiguidade até ao advento do capitalismo, o trabalho tinha uma conotação depreciativa e negativa, sendo vista como uma atividade dos que haviam perdido a liberdade (escravos), ou com reduzida liberdade (servos e artesãos). O seu significado confundia-se com o sofrimento ou infortúnio. O vocábulo trabalho tem origem na palavra latina "*Tripalium*" (instrumento de tortura, no tempo dos romanos que servia para "*tripaliare*", torturar). A origem etimológica evoca justamente o incómodo, a penosidade, a usura (física e mental) associada ao trabalho, sobretudo manual. Desde a Idade Média até aos tempos modernos, todas as atividades agrupadas com a designação de trabalho eram indignas dos homens "bem-nascidos", de "boa condição". Dadas as transformações ocorridas nas últimas décadas, no mundo, deu-se uma valorização positiva ao trabalho, considerando-o, então, como um espaço de aplicação das capacidades humanas, de realização e de desenvolvimento pessoal, acentuando-se a procura de uma determinada qualidade de vida (Pereira, 1996).

Um dos maiores preâmbulos para o estudo da satisfação profissional foi a experiência de Hawthorne. Estes estudos decorridos entre os anos de 1927 e 1933 em Chicago procuraram encontrar os efeitos de diferentes condições (sobretudo iluminação) sobre a produtividade dos trabalhadores. Os estudos mostraram que, em última instância, novas mudanças nas condições de trabalho aumentavam temporariamente a produtividade. Mais tarde foi descoberto que este aumento da produtividade era fruto não das novas condições, mas a

partir do facto dos trabalhadores terem conhecimento que estavam a ser observados e mantinham uma interação positiva com os investigadores - o chamado "efeito Hawthorne" (Chiesa e Hobbs, 2008; Bornmann, 2012). Esta descoberta resultou em fortes evidências de que as pessoas trabalham para outros fins que não apenas o salário que recebem, o que levou a que investigadores pesquisassem outros fatores que levam à satisfação profissional.

A satisfação é uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser verbalizado e medido através duma opinião do tipo "gosto de ser médico dentista". Enquanto atitude, a satisfação tem três componentes: (i) afetiva; (ii) cognitiva e avaliativa e (iii) comportamental ou de "tendência para a ação" (Graça, 1995 e 1999).

A satisfação profissional pode ser definida como o resultado da avaliação (periódica) que cada trabalhador (e nomeadamente o trabalhador por conta de outrem) faz, em jeito de balanço, relativamente ao grau de realização das suas necessidades, preferências e expectativas profissionais. Em termos muito simples, diríamos que é uma pessoa perceber ou sentir que aquilo que recebe (por ex., dinheiro, segurança no emprego, condições de trabalho, amizade, prestígio, autonomia no trabalho, oportunidade de trabalhar em equipa, tarefas interessantes e estimulantes, reconhecimento profissional, desenvolvimento de uma carreira) (i) é justo; (ii) está de acordo com aquilo que esperava obter; (iii) comparando a sua situação com outro indivíduo na mesma situação e (iv) em função dos investimentos feitos na empresa ou organização onde trabalha (Graça, 1995).

Trata-se, pois, de uma atitude multidimensional, que se manifesta não em relação a algo de abstrato e global mas sim a algo de concreto e particular (a profissão de médico dentista, a especialidade, a organização e o funcionamento no local de trabalho, o vencimento, as condições de trabalho, os riscos profissionais, as oportunidades de formação contínua, as relações com os colegas, entre outros).

Para além disso, importa saber quais os resultados (ou recompensas intrínsecas e extrínsecas) que cada indivíduo mais valoriza ou às quais dá mais importância (por ex., sucesso, *performance*, prestígio, dinheiro, autoestima, poder, realização pessoal). Exemplificando, o indivíduo pode estar satisfeito com o facto de gostarem de si, com a consideração que os outros lhe dispensam no local de trabalho, no entanto, na sua escala de valores e na sua qualidade de líder de uma equipa, grupo ou empresa, valoriza muito mais o desempenho de todos e de cada um, dá mais importância à capacidade de realização, pessoal, grupal e/ou organizacional, etc (Graça, 2006).

2. Teorias sobre satisfação profissional

A satisfação profissional tem vindo a ser amplamente estudada sob diferentes referenciais teóricos. Apresentam-se de seguida, um sumário das principais abordagens teóricas seleccionadas para o tema. Este resumo pretende apenas ilustrar as principais características dos modelos ou teorias.

2.1 Teoria da Hierarquia das Necessidades Humanas

Com a teoria da hierarquia das necessidades humanas, Maslow (1943) (cit. por Graça, 2006), propõe que as necessidades humanas são passíveis de serem hierarquizadas em cinco níveis ascendentes:

1. Necessidades fisiológicas, relacionadas com a sobrevivência e a hemostase do organismo;
2. Necessidades de segurança, relacionadas com a segurança física, emocional, familiar e social;
3. Necessidades sociais, representadas pelo desejo de interagir socialmente, ser estimado e aceite, de pertencer a um grupo, necessidades de amizade e de amor;
4. Necessidade de estima e autonomia: dizem respeito à necessidade do indivíduo em manter a autoestima e ter a estima de outros, de desenvolver sentimentos de confiança, valor, capacidade, poder, prestígio, de ser útil e necessário;
5. Necessidades de autorrealização (ou auto atualização) dizem respeito ao auto desenvolvimento e à tendência dos indivíduos em tornar reais os seus potenciais.

À medida que as primeiras necessidades, mais básicas são satisfeitas, de maneira contínua e duradoura, surgem as necessidades dos níveis seguintes, até se chegar às mais elevadas. Porém, esta hierarquia não é rígida: necessidades mais elevadas podem surgir antes das mais básicas terem sido completamente satisfeitas, pois estes níveis podem ser interdependentes e justapostos.

2.2 Teoria X – Teoria Y

Na década de 1960 McGregor (s. d.) apresentou a Teoria X, na qual o homem é considerado um ser indolente, passivo, irresponsável e resistente à inovação. A hierarquia é necessária e a administração deve organizar e controlar os empregados. A satisfação no trabalho é vista como decorrente das recompensas financeiras (Licht, 1990; Pérez-Ramos, 1980). Observando a falta de consistência e a inadequação da Teoria X, McGregor (s. d.) formula a Teoria Y, na qual

as causas da indolência e falta de responsabilidade devem ser procuradas nos métodos da organização e controle do trabalho. Na Teoria Y o princípio fundamental é a integração entre os objetivos individuais e organizacionais e McGregor (s.d., p. 73) considera que “dependendo de condições evitáveis, o trabalho pode ser fonte de satisfação (e será feito voluntariamente), ou fonte de castigo (e, se possível, será evitado)”. A Teoria Y avança em relação às anteriores ao contemplar aspetos da organização do trabalho como elementos determinantes das relações homem-trabalho (Martinez; Paraguay, 2003).

2.3 Teoria da Higiene-Motivação

Segundo a teoria da higiene-motivação (ou teoria dos dois fatores de motivação), há que fazer a distinção entre fatores intrínsecos que levam à satisfação profissional e fatores extrínsecos que apenas contribuem para a ausência de insatisfação profissional.

Os fatores intrínsecos ou de motivação dizem respeito à realização, reconhecimento, à responsabilidade, promoção, desenvolvimento do indivíduo e ao trabalho em si. No que diz respeito aos fatores extrínsecos ou de higiene, a política e sistema de gestão da empresa, a supervisão técnica, a remuneração, as relações de trabalho e as próprias condições de trabalho é que levam à ausência de insatisfação profissional.

Segundo a sua formulação, já clássica mas algo redutora, “the opposite of job satisfaction is not job dissatisfaction but no job satisfaction; and similarly the opposite of job dissatisfaction is not job satisfaction but no job dissatisfaction” (Herzberg, 1968 cit. por Graça, 2006).

2.4 Teoria das Expetativas

Segundo Graça (2006), a teoria das expetativas foi desenvolvida por Vroom (1964) e, mais tarde, por Lawler (1973) e Porter (1975), entre outros autores resume-se nesta fórmula simplificada: $\text{Motivação} = \text{Valência (V)} \times \text{Expectativa (E)} \times \text{Instrumentalidade (I)}$. Ou seja: a motivação é função de três fatores: Valência (V), ou quanto é que eu desejo uma recompensa; Expectativa (E), ou a probabilidade de um determinado esforço levar a um dado desempenho e Instrumentalidade (I), ou a estimativa de que esse desempenho será devidamente valorizado e recompensado.

2.5 Teoria da Imaturidade-Maturidade

Esta teoria, formulada por Argyris nos anos 1960-1970, considera que o desenvolvimento ou crescimento do indivíduo no trabalho depende das condições que a organização lhe oferece e que a organização cria papéis e situações que mantêm a imaturidade dos empregados visando adaptá-los ao trabalho, o que frustra o seu desenvolvimento e os impede de alcançar plena satisfação no trabalho (Argyris, 1969). Este autor propõe mudanças a serem incorporadas nas organizações que possibilitem o desenvolvimento do empregado, partindo da imaturidade para chegar à maturidade, onde esse empregado seria mais participativo, independente, com interesses mais profundos, comportamento mais complexo e consciência e controle sobre si (Argyris, 1969). Nesta proposta de mudanças organizacionais “está implícita a ideia do homem valorizado e identificado com os objetivos da organização, possibilitando, desta maneira, um alto grau de satisfação no trabalho e maior produtividade” (Pérez-Ramos, 1980, p. 61 cit. por Martinez; Paraguay, 2003).

2.6 Teoria de Locke

Este modelo, concebido e desenvolvido por Locke a partir dos anos 1970, tem o seu fundamento na concomitância dos “valores” (importância que a pessoa atribui à meta que deseja alcançar) e das “metas” (o objetivo desejado), que são os impulsores que levam o indivíduo a agir (desempenho), obtendo resultados (satisfação) que irão servir como *feedback* (reforço) para a atribuição dos valores (Perez-Ramos, 1990).

Para Locke (1976), a resposta emocional é um reflexo de um julgamento de valores dual: a discrepância entre o que o indivíduo quer e o que ele obtém e a importância do que ele quer (o quanto ele quer). Portanto, a intensidade da emoção vai depender do local em que os valores implicados na emoção ocupam da hierarquia de valores do indivíduo (Locke, 1984). A obtenção de valores importantes está associada com alta satisfação, a obtenção de valores sem importância não está associada com satisfação e a presença de características desvalorizadas é associada à insatisfação.

Partindo deste referencial, Locke (1969, 1976) considera a satisfação profissional como uma função da relação percebida entre o que o indivíduo quer do seu trabalho e o que ele percebe que está a obter. A satisfação profissional seria, então, um estado emocional prazeroso, resultante da avaliação do trabalho em relação aos valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. Insatisfação profissional seria um estado emocional não prazeroso, resultante da

avaliação do trabalho como ignorando, frustrando ou negando os valores do indivíduo, relacionados ao trabalho. Assim, a satisfação e insatisfação no trabalho não são fenómenos distintos, mas situações opostas de um mesmo fenómeno, ou seja, um estado emocional que se manifesta na forma de alegria (satisfação) ou sofrimento (insatisfação) (Locke, 1969, 1976, 1984).

Nesta perspetiva teórica, o trabalho não seria uma entidade, mas uma interação complexa de tarefas, papéis, responsabilidades, relações, incentivos e recompensas em determinado contexto físico e social. E, por isso, o entendimento da satisfação profissional requer que o trabalho seja analisado em termos dos seus elementos constituintes, e onde satisfação no trabalho global é o resultado da satisfação com diversos elementos do trabalho (Locke, 1969, 1976). Embora existam diferenças individuais significativas em relação ao que os trabalhadores querem dos seus trabalhos, também existem grandes semelhanças entre os fatores causais da satisfação no trabalho (Locke, 1984). Estes fatores causais pertencem a dois grandes grupos:

- i. Eventos e condições (trabalho em si, pagamento, promoção, reconhecimento, condições de trabalho e ambiente de trabalho,
- ii. Agentes (colegas e subordinados, supervisão e gerenciamento, empresa/organização) (Locke, 1976).

A satisfação no trabalho pode afetar aspetos comportamentais, a saúde física e a saúde mental, com consequências tanto para os trabalhadores como para a empresa.

Das diversas teorias aqui referenciadas resumidamente, nem todas são exclusivas ou específicas sobre satisfação profissional e algumas contemplam a satisfação nas suas relações com a motivação, identificação com o trabalho, produtividade e/ou qualidade de vida (Silva, 1998 cit. por Martinez; Paraguay, 2003).

É importante enfatizar ainda que, embora as respostas sejam individuais, existe uma semelhança entre o que o conjunto dos trabalhadores quer ou espera de seu trabalho (Henne; Locke, 1985 cit. por Martinez; Paraguay, 2003), o que permite que um determinado referencial teórico seja utilizado tanto para estudos epidemiológicos com abordagem qualitativa, como em estudos com abordagem quantitativa (Martinez; Paraguay, 2003).

Fruto da importância da satisfação profissional, questões relacionadas com este tema têm sido debatidas ao nível de vários organismos, destacando-se a Organização Internacional do Trabalho, a OMS entre outras. Em Portugal, e segundo a lei de bases da saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), revogada pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (Base XXX, alínea 2), a

satisfação profissional é um dos quatro critérios de avaliação periódica do SNS, a par da satisfação dos utentes, da qualidade dos cuidados e da eficiente utilização dos recursos numa ótica de custo/benefício. Em termos genéricos, a satisfação profissional é um importante indicador do clima organizacional e, mais do que isso, um elemento determinante da avaliação do desempenho das empresas e demais organizações.

3. Contextualização histórica da profissão de Médico Dentista

Apresenta-se de seguida de forma resumida e em quadros a história da profissão de médico dentista, na qual a primeira referência a dentes remonta ao ano de 5000 a.C..

Quadro 1 – Referências à medicina dentária – origem ancestral

Origem Ancestral		
Ano	Autor/Local	Evento
5.000 a.C.	Mesopotâmia	Foram encontradas, em escavações arqueológicas tábuas de barro sumérias nas quais são descritas as causas da dor do dente e sugestados medicamentos para a tratar.
500-300 a.C.	Hipócrates e Aristóteles	Escreveram sobre estomatologia, incluindo o padrão de erupção dos dentes, tratamento de dentes cariados e doença periodontal, extração de dentes e utilização de fios para estabilização de dentes e mandíbulas fraturadas.
100 a.C.	Celsus (enciclopedista, romano)	No seu compêndio de medicina ("De res medicinae") fala extensivamente sobre higiene oral, estabilização de dentes soltos, tratamentos para dor de dentes e fraturas da mandíbula.
166 a 201 d.C.	Etruscos	Fabricam próteses dentárias utilizando coroas de ouro e pontes fixas.

Fonte: Adaptado de ADA, 2014

Quadro 2 – Referências à medicina dentária – idade média

O início da profissão - Idade Média		
Ano	Autor/Local	Evento
500-1000	Europa	A estomatologia é geralmente praticada por monges que eram as pessoas mais qualificadas.
700	China	Um texto médico menciona o uso de "pasta de prata", um tipo de amálgama.
1530	Alemanha	É publicado o pequeno livro medicinal para todo tipo de doenças e enfermidades dos dentes (Artzney Büchlein), o primeiro livro dedicado inteiramente à estomatologia. Escrito por barbeiros e cirurgiões que tratavam da cavidade oral, que abrangia temas práticos, como a higiene oral, a extração dentária, perfuração de dentes e colocação de restaurações em ouro.

Fonte: Adaptado de ADA, 2014

Quadro 3 – Referências à medicina dentária – século XVIII

Desenvolvimento da profissão no século XVIII		
Ano	Autor/Local	Evento
1723	Pierre Fauchard	É publicado O Cirurgião Dentista, Um Tratado sobre os dentes (Le Chirurgien Dentiste). Fauchard é creditado como sendo o pai da estomatologia moderna.
1760	John Baker	O dentista mais antigo medicamente treinado para a prática nos Estados Unidos, emigra para Inglaterra e começa a praticar medicina dentária.
1768 -1770	Paul Revere	São colocados anúncios num jornal de Boston, oferecendo serviços como médico dentista.
1789	Nicolas Dubois de Chemant	Surge a primeira patente por dentes de cerâmica.
1790	John Greenwood	É construído o primeiro motor dentário de pé conhecido, tendo sido adaptado de um pedal da roda de fiar para fazer girar uma broca.
1790	Josiah Flagg	É construída a primeira cadeira feita especificamente para pacientes de medicina dentária. A uma cadeira de madeira Windsor, Flagg junta um apoio de cabeça ajustável além de uma extensão do braço para segurar instrumentos.

Fonte: Adaptado de ADA, 2014

Quadro 4 – Referências à medicina dentária – século XIX

Progressos em Ciência e Educação no século XIX, com relevância para a formação e o exercício da medicina dentária		
Ano	Autor/Local	Evento
1801	Richard C. Skinner	É escrito o <i>Tratado sobre os dentes humanos</i> , o primeiro livro dentário publicado nos Estados Unidos.
1825	Samuel Stockton	Inicia-se o fabrico comercial de dentes de cerâmica.
1832	James Snell	É inventada a primeira cadeira de medicina dentária reclinável.
1833-1850	Crawcours (dois irmãos franceses)	É introduzida a amálgama como material de restauração nos Estados Unidos sob o nome de <i>Royal Mineral Succedaneum</i> .
1839		Inicia-se a publicação do <i>American Journal of Dental Science</i> , o primeiro jornal sobre medicina dentária do mundo.
1840	Horace Hayden e Chapin Harris E.U.A	É fundada a primeira escola dentária do mundo, o Colégio de Cirurgia Dentária de Baltimore e estabelece-se o grau de Médico de Cirurgia Dentária. É fundada a Sociedade Americana de Cirurgiões Dentistas, primeira organização dentária nacional no mundo.
1859	Nova Iorque	É formada a <i>American Dental Association</i> (ADA).
1864	Sanford C. Barnum	É criado o dique de borracha, um pedaço de borracha elástica que é colocada sobre um dente através de pesos. Este dispositivo simples permite isolar o dente da restante cavidade oral que era um problema preocupante para os médicos dentistas.
1866	E.U.A	É fundada a primeira instituição dentária universitária, a Escola de Medicina Dentária da Universidade de Harvard.

1871	George F. Green	É criada uma patente para o primeiro motor dentário elétrico, um motor autossuficiente e peça de mão.
1877		É introduzida a cadeira Wilkerson, a primeira cadeira de medicina dentária hidráulica.
1880		O tubo de metal dobrável de pasta de dentes revoluciona o fabrico e o marketing. A pasta de dentes até esta altura apenas estava disponível na forma líquida ou em pó.
1890	Willoughby Miller	É observada na Alemanha a base microbiana da cárie dentária que descreve no seu livro <i>Micro-Organisms of the Human Mouth</i> . Isso gera um interesse sem precedentes na higiene oral e inicia um movimento mundial para promover a escovagem regular e uso do fio dental.
1896	C. Edmond Kells	É tirado o primeiro raio-x dentário a uma pessoa nos EUA.

Fonte: Adaptado de ADA, 2014

Quadro 5 – Referências à medicina dentária – século XX

Revolução científica e técnica no campo da medicina dentária / saúde oral – Século XX		
Ano	Autor/Local	Evento
1903	Charles Land	Invenção da coroa de cerâmica.
1905	Alfred Einhorn	É formulado o Procain anestésico local, depois comercializado sob o nome comercial de novocaína.
1908	Greene Vardiman Black	É publicado o <i>Operative Dentistry</i> constituído por dois volumes, que permanece por cinquenta anos a ser o texto clínico dentário essencial.
1930	E.U.A	É fundada a <i>American Board of Orthodontics</i> , o primeiro conselho mundial de uma especialidade dentária no mundo.
1937	Alvin Strock	É colocado o primeiro implante dentário, denominado de <i>Vitallium</i> .
1938		Surge no mercado a escova de dentes de nylon, a primeira fabricada com cerdas sintéticas.
1945		Inicia-se a fluoretação da água nas cidades de Newburgh, Nova Iorque e Grand Rapids, Michigan, com a adição de fluoreto de sódio nos sistemas públicos de água.
Anos 50		É comercializada a primeira pasta fluoretada.
1958		É introduzida uma cadeira de medicina dentária totalmente reclinável.
Anos 60	E.U.A	Torna-se popular a medicina dentária sentada com o médico sentado e a quatro mãos. Esta técnica melhora a produtividade e reduz o tempo de tratamento. Ainda nesta altura os lasers são desenvolvidos e aprovados para o trabalho de tecidos moles, como o tratamento da doença periodontal. Assim como a primeira escova de dentes elétrica comercial, desenvolvida na Suíça após a Segunda Guerra Mundial, é apresentada nos Estados Unidos.
Anos 90		Novos materiais restauradores da cor do dente, aumento do uso de branqueamento dentário, colocação de facetas e implantes inauguram uma era de medicina dentária estética

Fonte: Adaptado de ADA, 2014

4. Médico Dentista

Define-se por medicina dentária o estudo, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas.

O Médico Dentista (abreviadamente, MD) é o profissional que efetua o estudo, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas (Lei nº 110/91).

A Licenciatura em Medicina Dentária é recente em Portugal. A política de criação de escolas superiores de medicina dentária teve a sua origem num plenário de Médicos Estomatologistas, realizado em 1974 na cidade de Aveiro. Nas conclusões desse plenário ressaltou-se que se deveria fazer o ensino da Odonto-Estomatologia a um nível pré-graduado nas Universidades de Lisboa, Porto e Coimbra. Estas foram criadas em 1975 (Decreto-Lei nº 282/75), com a criação da Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa (ESMDL), em 1976 (Decreto-Lei nº 368/76), com a do Porto (ESMDP) e a de Coimbra, tendo esta última como base o Serviço de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial dos Hospitais da Universidade de Coimbra (SECMF-HUC).

A Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa iniciou o seu funcionamento no ano letivo de 1977-1978, ministrando o 4.º ano da licenciatura em Medicina Dentária a estudantes já titulares dos três primeiros anos da licenciatura em Medicina. O plano de estudos aprovado à data, com a duração de seis anos, representava um plano intermédio até que o crescimento e a consolidação da Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa permitisse organizar um plano de estudos de raiz em que, sem prejuízo da colaboração de outros estabelecimentos de ensino superior, se ministrasse uma formação claramente mais orientada, desde o início, para a licenciatura em Medicina Dentária e cuja duração viria a ser, aliás de acordo com padrões internacionais e com o disposto no n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 282/75, de apenas cinco anos (Portaria nº 917/81).

O médico dentista tem de ser licenciado por uma escola superior ou por uma faculdade de medicina dentária, portuguesa ou estrangeira, desde que, neste último caso, tenha obtido equivalência do curso reconhecida pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), bem como aquele que, sendo licenciado por outra escola obtenha a referida equivalência, de acordo com

as disposições legais em vigor, e igualmente reconhecida pela OMD (Art. 3º - estatuto da OMD).

Para o exercício da medicina dentária é obrigatória a inscrição na OMD. Podem inscrever-se na OMD os médicos dentistas estrangeiros, licenciados no estrangeiro, estando condicionada a inscrição às necessidades de cobertura sanitária do país em médicos dentistas, ressalvadas as disposições de direito comunitário e demais acordos internacionais em vigor (Lei nº 44/03).

A maioria das pessoas recorre apenas aos serviços de medicina dentária quando têm problemas com os seus dentes, sendo que a quase totalidade destes profissionais dedica-se apenas às atividades de diagnóstico e tratamento. O seu trabalho com o paciente segue, normalmente, um passo inicial de questões com as quais se pretende obter o historial médico do paciente. De seguida, inicia-se o diagnóstico do estado de saúde da cavidade oral, sendo em muitos casos necessário recorrer a meios auxiliares de diagnóstico, tais como a radiografia apical ou a ortopantomografia. Uma vez feito o diagnóstico, o MD decide qual o tratamento adequado que deve ser realizado e explica ao paciente o tipo de intervenções que são necessárias fazer. Por vezes, o tratamento é prolongado e implica várias consultas.

Na fase de tratamento, as intervenções destes profissionais são muito diversas: extração de dentes, restauração de dentes, tratamento endodôntico, execução de moldes e colocação de próteses, colocação de aparelhos ortodônticos, remoção de tártaro, cirurgia oral, entre outros. Tanto na fase de diagnóstico como na de tratamento, estes profissionais podem observar anomalias que se manifestam na cavidade oral, mas que têm origem em doenças de outro foro. Nestes casos, e identificada a doença, os MD encaminham o paciente para um médico especialista. A atuação destes profissionais não se restringe, porém, apenas a situações patológicas: por vezes, as razões que levam os pacientes a recorrer aos serviços de medicina dentária, são exclusivamente estéticas. Nestes casos, as suas intervenções podem consistir no conjunto de tarefas associadas à substituição de próteses, à higienização e restauração de dentes ou ao seu alinhamento (área da medicina dentária designada por ortodontia, que inclui também a correção dos maxilares).

O aconselhamento relacionado com a saúde oral constitui uma outra componente importante do trabalho destes profissionais, pois compete-lhes alertar os pacientes para os cuidados que devem ter com a cavidade oral, designadamente no que se refere à higiene oral: forma mais adequada de escovar os dentes, frequência das escovagens, uso de fio dentário, entre outros.

Além disso, incentivam hábitos preventivos como a realização de visitas regulares para exames de rotina e dão conselhos sobre hábitos alimentares (por exemplo, em relação a alimentos que devem ser comidos, evitados ou consumidos em menor quantidade, com base nos seus efeitos na saúde oral).

Alguns MD trabalham ainda como docentes e investigadores. No âmbito da investigação podem, por exemplo, desempenhar funções técnicas na área forense (judicial), no âmbito da qual realizam exames e peritagens com vista a identificar cadáveres através dos dentes e averiguar fenómenos físicos, químicos e biológicos que possam ter afetado o indivíduo antes e depois de morrer. Este tipo de pesquisa é também realizado no âmbito de estudos antropológicos: por exemplo, quando são descobertos restos mortais de um habitante de uma civilização antiga, estes profissionais analisam os dentes e/ou as arcadas dentárias com vista a obter determinadas informações sobre o indivíduo (sexo, idade, hábitos alimentares, etc.).

Em grande parte dos casos, a atuação dos médicos dentistas não é isolada, ou seja, é habitual contarem com a colaboração de outros profissionais. Nos consultórios, por exemplo, o seu trabalho é habitualmente articulado com assistentes dentários. No caso das cirurgias maxilo-faciais implicam a colaboração de profissionais como médicos anestesiistas e cirurgiões plásticos ou maxilo-faciais. Além disso, é frequente trabalharem com higienistas orais e técnicos de prótese: os primeiros para executarem tarefas relacionadas com a higienização dentária e aconselhamento de higiene oral e os segundos para procederem à execução das próteses dentárias dos pacientes, de acordo com as orientações dos médicos dentistas.

A capacidade de trabalhar em equipa constitui, assim, uma qualidade que pode beneficiar o desempenho destes profissionais. Uma boa capacidade de comunicação com os pacientes é, por outro lado, muito importante: a maioria das pessoas sente receio quando está sentada numa cadeira de dentista e é muito importante saber criar um clima de confiança com o paciente, de modo a acalmá-lo (falando com ele, explicando o que se vai fazer, distraíndo-o com outros temas, por exemplo). Igualmente importantes são uma boa capacidade de diagnóstico, boa memória visual, destreza e coordenação manuais muito acima da média, grande capacidade de concentração, sentido estético e minúcia. Possuir capacidades de gestão é, ainda, muito útil no caso dos médicos dentistas que têm consultório próprio, pois competem-lhes chefiar as pessoas que têm ao seu serviço (rececionistas, assistentes dentárias, higienistas orais, etc.), coordenar a aquisição de equipamento e materiais consumíveis e executar outras tarefas relacionadas com a gestão de uma empresa.

Emprego

A maioria dos médicos dentistas é trabalhador independente no setor privado, devido a não lhes ser permitido exercer a atividade na função pública: não existe, por exemplo, nenhuma carreira que permita a estes profissionais estarem integrados nos quadros dos hospitais ou centros de saúde. Nestes estabelecimentos de saúde, quem recorre aos préstimos de um especialista de saúde oral encontra apenas médicos estomatologistas. A única exceção a esta situação são aqueles que trabalham como docentes ou investigadores em estabelecimentos públicos de ensino. No entanto, a carência de pessoal médico que certos centros de saúde possuem tem levado alguns a celebrar contratos de prestação de serviços com médicos dentistas.

No setor privado, existem algumas possibilidades de emprego oferecidas por grandes empresas ou grupos económicos que, dada a sua dimensão e o grande número de recursos humanos que empregam, criam centros clínicos próprios ou organismos assistenciais para os seus trabalhadores, para os quais recrutam diversos profissionais de saúde, incluindo médicos dentistas. Estas hipóteses de emprego são, contudo, reduzidas, pelo que o mercado de trabalho destes profissionais não apresenta muito mais possibilidades que a prestação de serviços em consultório privado, em regime independente.

No ano de 2012 encontravam-se inscritos na OMD 7779 médicos dentistas distribuídos pelos país (OMD, 2013). A situação atual caracteriza-se por uma grande saturação do mercado de trabalho, as estatísticas apontam para que no ano de 2017 existam 10410 médicos dentistas no mercado de trabalho. A razão população/médico dentista em Portugal situa-se atualmente em cerca de um MD para cada 1155 habitantes. O *ratio* de MD por habitante preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para a região da Europa ocidental é de um MD para 2000 habitantes.

A distribuição destes profissionais pelo território nacional respeita, genericamente, a forma como a população portuguesa está distribuída, pelo que estão mais concentrados nas regiões do litoral do país. Esta situação contribui para a grande concorrência entre estes profissionais no litoral e, conseqüentemente para as dificuldades inerentes ao exercício da profissão, principalmente sentidas por quem se encontra em início de carreira.

Condições de Trabalho

De uma forma geral, os médicos dentistas desenvolvem a sua atividade em consultórios com boas condições de higiene e adequadamente iluminados e ventilados. O ambiente físico de trabalho depende das capacidades financeiras e do menor ou maior grau de exigência de cada profissional.

Como sucede em qualquer profissão tipicamente liberal, a carga horária é também variável, sendo determinada em função das horas que decidem cumprir - existem médicos dentistas que trabalham apenas durante um período do dia - e do número de pacientes, pois se há dias em que podem trabalhar dez ou doze horas, outros há em que não têm pacientes para atender (sobretudo quando se encontram em início de carreira).

Por outro lado, à medida que os anos de experiência profissional se acumulam, os médicos dentistas tendem a reduzir o seu número de consultas diárias. Esta redução deve-se, em parte, ao facto desta profissão ser vista por quem a exerce como uma atividade de grande desgaste, quer físico, quer psicológico. Do ponto de vista físico, uma das principais queixas refere-se ao largo número de horas que têm de estar curvados sobre a boca dos pacientes, com dificuldades em manter uma posição ergonomicamente correta. As lesões músculo-esqueléticas constituem, por isso, uma das principais doenças profissionais destes médicos. O facto de executarem repetidamente o mesmo conjunto de tarefas, de trabalharem permanentemente com ruídos e de estarem muitas horas concentrados numa pequena área do corpo sobre a qual está colocada uma quantidade excessiva de luzes constituem, ainda, inconvenientes habitualmente associados a esta profissão. Do ponto de vista psicológico, a principal fonte de desgaste é a ansiedade generalizada dos pacientes, que se transmite ao MD, provocando-lhe situações de grande fadiga psicológica, com reflexos na sua saúde em geral.

Perspetivas

Uma tendência que seguramente continuará a afetar o trabalho destes profissionais é o crescente desenvolvimento tecnológico dos equipamentos utilizados na medicina dentária, quer de diagnóstico, quer de tratamento. Estes profissionais terão, por isso, de apostar cada vez mais na sua formação contínua, também com o objetivo de estarem a par dos avanços registados na própria ciência médico-dentária, no que se refere a procedimentos, técnicas e materiais utilizados. Por outro lado, espera-se que venham a desempenhar cada vez mais

funções relacionadas com a saúde oral preventiva, à medida que as pessoas vão tendo mais consciência dos cuidados que devem ter com a boca e dentes e procurem o MD mais por razões preventivas e não apenas por motivos de tratamento.

A par com as consultas de rotina, têm aumentado as visitas ao dentista por razões estéticas. Esta evolução tem sido já patente nos últimos anos e explica a crescente importância da ortodontia no universo da medicina dentária. A continuação do crescimento da população idosa contribuirá, também, para uma maior procura destes profissionais: o avanço da medicina dentária tem permitido às pessoas mais velhas conservarem os seus dentes durante mais tempo que os seus antecessores e, conseqüentemente, continuarão a recorrer cada vez mais aos serviços dos MD.

A incerteza em relação ao futuro, designadamente no que se refere a questões de sobrevivência económica e de oportunidades de trabalho, deve, assim, ser tida em conta por quem pretenda enveredar por esta profissão, cujo acesso obriga, desde logo, a possuir as elevadas classificações que são exigidas pelas faculdades que ministram o curso de Medicina Dentária. Além disso, é preciso ter em conta que não são apenas os bons resultados escolares e académicos que conduzem ao sucesso nesta profissão: é fundamental apostar na sua componente prática, quer no que se refere à destreza e desempenho manuais, quer no que diz respeito à capacidade de relacionamento com os pacientes.

5. Satisfação profissional dos médicos dentistas

A satisfação profissional dos médicos dentistas no nosso país ainda é um assunto pouco estudado, no entanto existem estudos realizados em diversos países em todo o mundo como a Austrália ou a Lituânia.

No único estudo realizado em Portugal referente à satisfação profissional dos MD, Gonçalves (2008) concluiu que nas várias dimensões da satisfação profissional o género masculino apresenta maior satisfação profissional que o género feminino, nomeadamente nos domínios nos quais se verificaram resultados estatisticamente significativos, sendo eles:

- i. o apoio da hierarquia;
- ii. reconhecimento do trabalho realizado;
- iii. condições físicas de trabalho
- iv. satisfação com a profissão.

No referido estudo verificou-se ainda que quanto maior a idade, maior o nível de satisfação profissional assim como o número de anos de exercício da profissão (Gonçalves, 2008).

Luzzi et al. (2005), no seu estudo sobre satisfação profissional, realizado numa amostra de 160 médicos dentistas australianos, verificou que 82,6% dos inquiridos mostraram-se satisfeitos com vários aspetos da profissão. As dimensões nas quais os médicos dentistas reportaram maior satisfação profissional foram a autonomia, as relações com os colegas e as condições de trabalho a nível de instalações e material necessário. As dimensões nas quais os médicos dentistas reportaram menor satisfação profissional foram ao nível da remuneração e responsabilidades administrativas.

Analisando a satisfação profissional por género, verificou-se que o género feminino refere maior satisfação profissional relativa ao tempo pessoal, ou seja, a qualidade e quantidade de tempo para si e a sua família. Relativamente à idade, o grupo que refere maior satisfação profissional é o dos 55 ou mais anos seguido do grupo dos 25 aos 34 anos de idade. O grupo que experiencia menor satisfação profissional é dos 45 aos 54 anos. Comparando a satisfação profissional referida por MD do setor público e do privado, as dimensões nas quais os MD do setor público referem menor satisfação profissional são a autonomia, relação com o paciente, remuneração e nas condições de trabalho a nível de instalações e material necessário (Luzzi et al., 2005).

Num estudo realizado no Reino Unido, nas províncias de South Straffordshire, Wolverhampton e Dudley, a um total de 276 MD verificou-se que 73,6% se encontram numa categoria neutra, ou seja, não estão satisfeitos nem insatisfeitos profissionalmente e apenas 0,7% se encontram insatisfeitos. Os MD que trabalham maioritariamente fora do SNS mostram-se mais satisfeitos globalmente com a profissão do que aqueles que trabalham maioritariamente no SNS. As dimensões da satisfação profissional com uma correlação mais forte foram, cuidados prestados, remuneração, respeito e tempo pessoal. 53,6% dos MD referem discordar com a hipótese de mudança de profissão e 56,5% concordam que estão satisfeitos com a carreira de MD (Gilmour, 2005).

Num estudo realizado a 989 médicos dentistas na Coreia do Sul, verificou-se que a satisfação profissional no geral, ou seja, nas diversas dimensões do estudo, foi neutra, o que quer dizer que 49% da amostra de médicos dentistas não se mostraram nem satisfeitos nem insatisfeitos. Apenas 13% demonstrou insatisfação com a profissão enquanto os restantes 36%

manifestaram satisfação. No que diz respeito às várias dimensões da satisfação profissional, nomeadamente à relação com os pacientes aproximadamente 80% da amostra mostrou-se satisfeito. Já no polo oposto da satisfação, os fatores relacionados com o tempo foram os mais apontados para a insatisfação, como sejam, o tempo pessoal e o tempo com o paciente. Relativamente à remuneração a maioria dos MD manifestaram-se neutros ou satisfeitos, apenas um em cada cinco não estava satisfeito (Jeong et al., 2006).

Num estudo realizado na Lituânia a 1670 MD por inquérito de questionário, no qual um dos temas questionados era a satisfação profissional Purienne et al. (2008), concluiu que a maioria dos MD que responderam, nomeadamente 80,7% estão totalmente satisfeitos com o seu trabalho e 17,7% encontram-se parcialmente satisfeitos. Apenas uma minoria de 1,6% dos MD dizem-se insatisfeitos. Verificou-se ainda que o aumento da idade tem um impacto positivo na satisfação profissional, cada ano adicional na idade aumenta em 2% a possibilidade do MD estar satisfeito ou absolutamente satisfeito com a prática de medicina dentária. Os profissionais que praticam a sua atividade em instituições privadas demonstram maior possibilidade de satisfação profissional quando comparados com profissionais que trabalham tanto em instituições privadas como públicas (Purienne et al., 2008).

Num outro estudo realizado na Austrália a 1312 MD, os autores verificaram que 84,3% da amostra mostram-se satisfeitos globalmente com a profissão. As dimensões da satisfação profissional com as quais se demonstram mais satisfeitos foram a autonomia, as relações com os pacientes, colegas e *staff* e ainda as condições de trabalho a nível de instalações e material necessário. Por outro lado, as dimensões nas quais os MD australianos se revelaram menos satisfeitos foram as responsabilidades administrativas, a remuneração e o tempo pessoal, ou seja, a qualidade e quantidade de tempo para si e a sua família (Luzzi e Spencer, 2011).

As diferenças demonstradas entre género revelaram que apenas nas dimensões relação com os colegas e responsabilidades administrativas o género feminino se encontra mais satisfeito que o masculino. Relativamente à faixa etária são os MD com 55 anos ou mais que reportam maiores níveis de satisfação profissional que a faixa etária dos 23 aos 34 e 35 aos 44 anos de idade. Nas relações com colegas e responsabilidades administrativas são os MD na faixa etária mais jovem dos 23 aos 34 anos de idade que revelam uma satisfação profissional superior. Nas relações com os pacientes e condições de trabalho a nível de instalações e material necessário, são os MD da faixa etária mais jovem que revelam níveis de satisfação inferiores comparativamente aos dentistas de 55 anos ou mais. Já no que diz respeito ao tempo pessoal

são dentistas na faixa etária dos 55 anos ou mais que demonstram maior satisfação profissional. MD que trabalham no sector público reportam níveis de satisfação profissional significativamente mais baixos que MD que trabalham no setor privado. Relativamente à remuneração os MD do sector privado indicam satisfação moderada enquanto os MD do setor público referem insatisfação (Luzzi e Spencer, 2011).

No estudo de Goetz et al. (2012), realizado na Alemanha a 147 médicos dentistas que responderam a um questionário sobre satisfação profissional, verificou-se que os profissionais se encontravam muito satisfeitos com a sua autonomia no trabalho e a variedade de tratamentos efetuados e a principal insatisfação prende-se com a remuneração (Goetz et al., 2012).

Num estudo realizado a médicos dentistas do canal do Suez, verificou-se que 51,4% da amostra demonstrou neutralidade relativa à satisfação profissional. Apenas 13% dos médicos dentistas relatou insatisfação com a profissão, tendo 35,6% reportado satisfação profissional. A relação com os pacientes foi a dimensão da satisfação profissional que obteve maior score, tendo 78% dos médicos dentistas revelado sentir-se satisfeito com a mesma. Por outro lado foi demonstrada menor satisfação profissional com fatores relacionados com o tempo, quer pessoal quer profissional. Relativamente à remuneração, a maioria dos médicos dentistas revelou um nível neutro de satisfação profissional, tendo 23,5% demonstrado insatisfação (Fahim, 2013).

6. Saúde Oral

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde oral é essencial para a saúde e qualidade de vida do indivíduo. A saúde oral consiste em estar livre de dor oro-facial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, doença periodontal, cárie dentária, perda de dentes e outras doenças e distúrbios que limitem a capacidade de um indivíduo em morder, mastigar, sorrir, falar e poder ter bem-estar psicossocial.

As doenças orais mais comuns são a cárie dentária e a doença periodontal, sendo que na primeira em todo o mundo, 60-90% das crianças em idade escolar e quase 100% dos adultos têm cáries dentárias, muitas vezes levando a dor e desconforto. No caso da doença periodontal severa que pode resultar na perda do dente, é encontrada em 15-20% de adultos de meia-idade (35-44 anos) (OMS, 2012).

Mais do que a prevenção da doença, importa hoje a promoção da saúde e dos estilos de vida saudáveis. A promoção da saúde começou a ser equacionada com a Declaração de Alma-Ata no ano de 1978, na qual se preconizou que o mais elevado nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer, além do setor da saúde, a ação de setores como o social e o económico, assim como a criação dos cuidados de saúde primários de forma a terem em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

A Carta de Ottawa em 1986 trouxe a promoção da saúde num plano principal passando a ser devidamente valorizada. A promoção da saúde está para além da prestação de cuidados de saúde. Regista a saúde na agenda dos decisores políticos, em todos os setores e a todos os níveis, consciencializando-os das consequências para a saúde das suas decisões e levando-os a assumir as responsabilidades neste campo. Uma política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, incluindo a legislação, as medidas fiscais, os impostos e as mudanças organizacionais.

A promoção da saúde oral define-se como qualquer esforço planeado de forma a construir políticas públicas, criar ambientes de apoio, fortalecer a ação comunitária, desenvolver as competências dos indivíduos ou reorientar os serviços de saúde de maneira a influenciar esses fatores. São exemplos de uma efetiva promoção da saúde oral a promoção da alimentação saudável; o ensino de práticas eficazes de higiene oral; o acesso precoce aos serviços de medicina dentária e a promoção do uso de fluoretos tópicos.

A promoção da saúde oral deve basear-se nos princípios da Carta de Ottawa, que sugerem que a população, e não apenas os indivíduos em situação de risco, precisa estar envolvida diretamente em ações direcionadas para as causas de problemas de saúde. A promoção de saúde oral será bem-sucedida quando a população for empoderada, ao invés de ser forçada, para alcançar a saúde oral (Ministry of Health, 2008). Para as duas principais doenças orais, a cárie dentária e a doença periodontal, a promoção da saúde é essencial de forma a que a população tenha conhecimento do que as pode causar e assim evitar alguns hábitos ou até modificá-los.

7. Programa de Saúde Oral em Portugal

Em Portugal, a saúde escolar ao longo da sua história, iniciada em 1901 e mantida durante todo o século XX, tem estado sujeita a diversas reformas, numa tentativa de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes.

Até 1971, o Ministério da Educação organizou a intervenção médica na escola através dos Centros de Medicina Pedagógica, vocacionados para atividades médicas e psicopedagógicas, limitando-a, porém, aos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra. Entre 1971 e 2001, os Ministérios da Educação e da Saúde dividiram responsabilidades no exercício da Saúde Escolar, intervindo na escola com os mesmos objetivos, mas utilizando metodologias distintas. Em 1993, os Centros de Medicina Pedagógica foram extintos, tendo os seus profissionais sido integrados, em 2002, nos quadros das Administrações Regionais de Saúde (ARS).

Desde 2002, é o Ministério da Saúde que tem a tutela da saúde escolar, pertencendo aos Centros de Saúde a sua implementação, no território nacional. A orientação técnico-normativa tem sido, até agora, o Programa-tipo de Saúde Escolar, aprovado em 1995 e vocacionado para a elevação do nível educacional e de saúde da população escolar.

Entretanto, mudanças significativas ocorreram nos sistemas de saúde e de educação: novas estratégias, novas formas de gestão, novas orgânicas em ambos os Ministérios. Assim, impuseram-se novas formas de operacionalizar a Saúde Escolar e de avaliar o seu impacto, tendo sempre em conta que a escola deve continuar a ser a grande promotora da saúde. No sistema educativo, novos desafios se colocaram: a par do trabalho de transmissão de conhecimentos organizados em disciplinas, a escola deverá, também, educar para os valores, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e promovam a autonomia (Circular Normativa n.º 7/DSE).

O Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar desenvolve-se em Portugal desde 1986, tendo sido revisto em 1999 e divulgado através da Circular Normativa n.º 6/DSE de 20/05/99 da Direção-Geral da Saúde, passando a designar-se Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes. O quadro conceitual do programa corresponde a uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde e na prevenção primária e secundária da cárie dentária. A promoção da saúde e a prevenção da doença, asseguradas pelas equipas de

saúde escolar, são o suporte indispensável da intervenção curativa, operacionalizada maioritariamente através de contratualização. Este processo tem permitido prestar cuidados médico-dentários a grupos de crianças escolarizadas integradas em programas de saúde oral e que desenvolveram cárie dentária.

No ano de 2005, em Portugal, a cárie dentária apresentava na população infantil e juvenil um índice de gravidade moderada, isto é, o número de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) por criança aos 12 anos de idade era de 2.95, e a percentagem de crianças livres de cárie dentária aos 6 anos era de 33%. Outro estudo, utilizando o método *pathfinder* da OMS, apresenta valores médios de CPOD de 1.5, com desvios acentuados entre grupos de diferentes níveis socioeconómicos. Tudo isto reforça a necessidade de manter o investimento nesta área, se o objetivo é contribuir para a redução das desigualdades em saúde. A estratégia europeia e as metas definidas para a saúde oral, pela OMS, apontam para que, no ano 2020, pelo menos 80% das crianças com 6 anos estejam livres de cárie e, aos 12 anos, o CPOD não ultrapasse o valor de 1.5.

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) alia a promoção da saúde à prestação de cuidados, numa parceria público-privado, com competências claramente definidas, tendo por base a intervenção comunitária. Ao setor público compete assegurar a promoção da saúde, a prevenção das doenças orais e a prestação de cuidados de saúde dentários, passíveis de serem realizados no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esta intervenção é assegurada pelos profissionais dos Centros de Saúde (CS), através de ações dirigidas ao indivíduo, à família, e à comunidade escolar, e pelos profissionais dos serviços de estomatologia da rede hospitalar, sempre que possível. Ao setor privado, através dos profissionais e agrupamentos de profissionais de estomatologia e medicina dentária, compete prestar, através de contratualização, os cuidados médico-dentários não satisfeitos pelo SNS (Circular Normativa nº 01/DSE).

No Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral em 2005 a população alvo eram grávidas e crianças desde o nascimento até aos 16 anos de idade com as seguintes finalidades:

- Melhorar conhecimentos e comportamentos sobre alimentação e higiene oral;
- Diminuir a incidência de cárie dentária;
- Reduzir a prevalência da cárie dentária;
- Aumentar a percentagem de crianças livres de cárie;

- Criar uma base de dados, nacional, sobre saúde oral;
- Prestar especial atenção, numa perspetiva de promoção da equidade, à saúde oral das crianças e dos jovens com necessidades de saúde especiais, assim como dos grupos economicamente frágeis e socialmente excluídos, que frequentam a escola do ensino regular ou instituições.

Em saúde infantil e juvenil, a observação da boca e dos dentes é feita pela equipa de saúde, pelo médico de família ou pelo pediatra, iniciando-se aos 6 meses e prolongando-se até aos 18 anos. A estes profissionais compete reforçar as medidas de promoção da saúde oral e diagnosticar precocemente a cárie dentária, registando os dados na ficha individual de saúde oral e no boletim de saúde infantil. Esta observação também pode ser feita em saúde escolar. Face a um diagnóstico ou suspeita de doença oral, a criança deve ser encaminhada para o gestor do programa no CS. Se o CS tiver higienista oral, estomatologista ou médico dentista, é feita a avaliação do risco individual de cárie e a proteção dos dentes às crianças e jovens de alto risco. Se o CS não dispuser de profissionais de saúde oral, o gestor do programa encaminhará as crianças para os serviços de estomatologia dos hospitais distritais ou centrais, caso tenham resposta, ou para um médico estomatologista/médico dentista contratualizado. Este deve responsabilizar-se pelo acompanhamento individual das crianças que lhe são remetidas pelo SNS. O encaminhamento deve respeitar a liberdade de escolha do utente e a capacidade de resposta do profissional contratualizado.

A partir do momento em que a criança apresenta um dente com uma lesão de cárie dentária, passa a exigir medidas preventivas e terapêuticas específicas. Após o tratamento da lesão de cárie essa criança é incluída num grupo que, do ponto de vista preventivo exigirá maior atenção e acompanhamento (Circular Normativa nº 01/DSE).

8. Cheque-dentista

Em 2000, constatada a necessidade de alargar os cuidados dentários a conceder à população e tendo em conta o acréscimo de profissionais de medicina dentária, encontravam-se reunidas as condições de base para se desencadear um processo de contratualização de cuidados de medicina dentária, com a finalidade de proporcionar tratamento nas situações de doença que a prevenção não conseguia evitar.

Desde o ano 2000 até agora, a melhoria sistemática da situação de saúde oral das crianças portuguesas tem vindo a ser comprovada por avaliações de impacto. Entre estas, importa referir o Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais efetuado em 2005, que destaca, entre outros indicadores, os seguintes valores: 51 % de crianças de 6 anos livres de cárie em 2005, face aos 33 % apurados em 2000; índice de CPOD entre os 12 e 15 anos de, respetivamente 1,48 % e 3,04 % em 2005 face aos valores de 2,95 % e 4,72 % registados em 2000; incidência de fluorose muito baixa, em 2005, com 1 % das crianças a apresentar fluorose moderada e apenas 0,2 % fluorose intensa.

No âmbito da operacionalização do PNPSO, a partir de 2005, o modelo de contratualização foi estabelecido por Despacho do Secretário de Estado da Saúde em Dezembro de 2005 que estabeleceu o objeto das prestações, as prioridades, o preço e a atribuição à DGS da definição das normas do processo e distribuição do financiamento pelas ARS, repetindo-se nos anos seguintes até 2008.

Entre 2005 e 2008, o modelo de contratualização (quadro 6) baseou-se na realização de um concurso público anual seguido da realização de contratos de prestação de serviços com os médicos dentistas/estomatologistas contratados. Os beneficiários do programa só podiam utilizar a prestação de cuidados médico-dentários, através da referenciação realizada pelo centro de saúde local para os médicos contratados pela ARS da área (Auditoria ao PNPSO, 2009).

A execução da contratualização no âmbito do Programa, durante o ano de 2007, obedeceu aos seguintes parâmetros e orientações:

- O financiamento destinava-se ao tratamento e à aplicação de medidas de prevenção em crianças com lesões de cárie dentária. Em todas as idades, deveriam ser tratadas as lesões de cárie dentária em dentes permanentes, protegidos os dentes das crianças de alto risco e no grupo etário dos 3 aos 7 anos deveriam, ainda, ser tratados os dentes temporários;
- Nos concursos que para efeito de contratualização viessem a realizar-se em cada ARS, podem candidatar-se estomatologistas e médicos dentistas inscritos nas respetivas ordens profissionais, a exercer em clínicas ou consultórios licenciados ou que possuam condições higieno-sanitárias e de segurança devidamente comprovadas para o exercício da atividade a que a unidade se destina, e que se encontrem em situação regular perante o finanças e a segurança social;

- Os procedimentos técnicos para a execução dos atos contratualizados deveriam estar de acordo com as competências específicas que o exercício da medicina dentária exige;
- A emissão de orientações técnicas para o desenvolvimento da contratualização bem como a distribuição dos recursos financeiros pelas ARS são da responsabilidade da DGS;
- Os procedimentos para a contratualização e a adequação dos recursos às necessidades de cuidados de saúde oral da população infantil e juvenil, abrangidas pelo Programa, são da competência da ARS;
- A contratualização dos serviços a prestar nos termos do referido anteriormente deve obedecer aos procedimentos impostos legalmente, nomeadamente às regras da contratação pública definidas no Decreto-Lei n.º 197/99, de 8 de Junho (Circular normativa nº 05/DSE).

Quadro 6 – Processo de Contratualização entre 2005-2008

Itens da Contratualização	Descrição
Finalidade	Garantir o tratamento em programa, de todas as crianças, que desenvolvem cárie dentária a ser implementado progressivamente de modo a abranger, no futuro, a população dos 3 aos 16 anos de idade.
Preço da Vigilância	€75 por cada criança tratada, independentemente do número de intervenções que cada uma necessitasse
Procedimento Contratual	Concurso público anual, publicitado num jornal nacional e em 3 jornais regionais e com elaboração de contrato
Objeto	Tratamentos de crianças e de jovens com lesões de cárie dentária em dentes temporários e permanentes e proteção dos dentes, em função do risco individual.
Entidade Pública Contratante	ARS
Crítérios para contratualização de serviços privados	<ul style="list-style-type: none"> • Só podiam concorrer os profissionais de saúde oral, estomatologistas e médicos dentistas inscritos nas respetivas Ordens Profissionais; • As clínicas e consultórios onde estes profissionais exerciam deviam estar licenciadas ou possuir condições higieno-sanitárias e de segurança devidamente comprovadas para o exercício da atividade; • As entidades contratualizadas deviam encontrar-se em situação regular perante o fisco e a Segurança Social.
Valor do contrato	O encargo máximo estimado de €4.950 resultante do preço estabelecido por criança (€75) em função do limite de 66 crianças por contrato
Pagamentos e controlo financeiro	ARS, ACSS, IP
Avaliação e acompanhamento da execução	<p>A execução das vigilâncias incumbia à Comissão Paritária Regional.</p> <p>A avaliação externa da qualidade técnica das prestações seria realizada <i>inter pares</i>, isto é atribuída aos médicos dentistas avaliadores selecionados em concurso próprio.</p>

Fonte: Auditoria ao PNPSO, 2009

Em 2008, com o despacho n.º 4324/2008, de 19 de Fevereiro, foi determinado o alargamento do PNPSO a dois outros grupos populacionais considerados de particular vulnerabilidade (grávidas e idosos carenciados) e o desenvolvimento de uma estratégia de intervenção orientada para a prestação de cuidados de saúde oral a um número muito superior de crianças e jovens. Esta estratégia baseou-se em procedimentos simplificados e foi orientada para a satisfação de necessidades de saúde que influem nos níveis de bem-estar e na qualidade de vida da população beneficiária, ao longo do ciclo de vida.

A partir de Maio de 2008 para tratamento de grávidas e idosos procedeu-se à substituição do procedimento concursal até aí utilizado pela adoção de contratos de adesão eletrónica de prestadores. Este procedimento foi estendido a crianças e jovens a partir de 2009 com a emissão generalizada de cheques-dentista, suportada no desenvolvimento de um sistema de informação para a saúde oral (SISO).

O Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO) trata-se de uma aplicação web acedida por serviços públicos e por prestadores privados que inclui todas as funcionalidades necessárias à gestão do PNPSO a partir de qualquer nível da administração do sistema de saúde. O SISO disponibiliza dados sobre a oferta de cuidados, o número e tipo de beneficiários, a utilização dos cheques-dentista, a saúde oral dos utentes. Permite, também, o acompanhamento da execução do programa na vertente da sua integração com o Programa de Saúde Escolar, o controlo da faturação e pagamento dos atos terapêuticos e, ainda, a emissão dos cheques-dentista (Ministério da Saúde, 2013).

A partir de 2009, com o novo modelo de contratualização (quadro 7), simplificou-se e agilizou-se todo o procedimento anterior formalizado pelos concursos e contratos, de acordo com o regime geral de aquisição de serviços. No entanto, o modelo de contratualização atual baseado em contratos de adesão a uma rede de prestadores e pagamento através de cheque-dentista encontra o seu fundamento nas disposições do Código dos Contratos Públicos que consagram a exclusão aos procedimentos de contratação pública, em função do contexto específico em que se realizam estas prestações de cuidados preventivos e curativos, por natureza assimilados a prestações de cuidados de saúde (al f) do n.º 4 do art.º 5.º do Código dos Contratos Públicos).

Quadro 7 – Processo de Contratualização na modalidade de cheque-dentista

Itens da Contratualização	Descrição
Finalidade	Abranger, de acordo com o mesmo modelo contratual de utilização, cheque-dentista, três segmentos populacionais prioritários, utentes do Serviço Nacional de Saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Crianças e jovens que frequentam escolas públicas e instituições privadas de solidariedade social; • Mulheres grávidas seguidas no SNS; • Pessoas idosas beneficiárias do Complemento Solidário..
Procedimento Contratual	Registo dos prestadores interessados numa rede de prestadores centralizada em sistema de informação sediado na DGS, através de subscrição de contratos de adesão eletrónicos disponibilizados pelas ARS aos interessados para preenchimento. Documentos de apresentação obrigatória: Cópia da cédula profissional e declaração de compromisso de honra garantindo a qualidade dos cuidados a prestar e as necessárias condições higieno-sanitárias.
Entidade Pública Contratante	DGS
Objeto	Tratamentos de crianças e de jovens com lesões de cárie dentária em dentes permanentes e proteção dos dentes, em função do risco individual. Eliminar as lesões ativas de cárie dentária nas grávidas seguidas no SNS; Preparação da eventual aplicação de próteses dentárias, bem como identificar e tratar outros problemas de saúde oral em pessoas idosas beneficiárias de complemento solidário.
Utilização dos Serviços	A livre escolha do prestador pelo utente, tendo por suporte uma lista nacional de estomatologistas e médicos dentistas aderentes, disponível e em permanência, na Internet e nas Unidades de Saúde.
Meio de Pagamento/ Valor	Cheque-Dentista; valor unitário de € 40.
Emissão dos Cheques	Os cheques deverão ser emitidos entre Setembro a Abril do ano a que respeitam.
Pagamentos e controlo financeiro	ARS, ACSS, IP
Prazo de pagamento	30 dias. (Requisito: Ficha Individual assinada pelo beneficiário/encarregado de educação.)
Validade dos Cheques-Dentista	Até ao dia 30 do mês de Agosto subsequente à data da sua emissão
Garantia dos cuidados prestados	Caso se verifique ser necessário repetir um tratamento/intervenção, até 6 meses após a sua realização, o respetivo médico aderente assumirá o compromisso de o efetuar, sem qualquer remuneração adicional.
Avaliação e acompanhamento da execução	Monitorização dos dados em tempo real através do SISO. A execução das vigilâncias incumbe ao médico de família através do SISO e interface com o “Sistema de Apoio ao Médico (SAM)”. Não está prevista a avaliação externa da qualidade técnica das prestações <i>inter pares</i> .

Fonte: Auditoria ao PNPSO, 2009

Neste modelo de contratualização a adesão dos médicos dentistas/estomatologistas é livre e universal, desde que apresentem a cédula profissional e o compromisso de honra respeitante às condições higieno-sanitárias; a rede de prestadores é aberta, não estando ainda prevista a

limitação do número máximo de prestadores, existe publicitação dos procedimentos e suportes de adesão e publicitação aos beneficiários e público em geral dos prestadores aderentes a nível nacional, de acordo com lista organizada por região de saúde e disponível na internet, no portal da saúde.

Os utentes beneficiários têm liberdade de escolha do prestador de entre os médicos estomatologistas e médicos dentistas aderentes, que constam de uma lista nacional, disponível nas unidades funcionais dos agrupamentos de CS e no sítio eletrónico www.saudeoral.min-saude.pt (Circular Normativa nº 02/DSPPS/DCVAE).

Manteve-se o propósito anterior de incrementar a flexibilidade e a eficiência do programa, desburocratizando-se o procedimento, reiterando-se a separação entre financiador e o prestador através da criação de um “quase-mercado”, uma vez que os consumidores/utentes não utilizam os seus recursos financeiros privados, mas recursos públicos. Portanto, do lado da procura não são os preços que determinam a escolha dos utentes, mas algum tipo de financiamento público que segue as suas escolhas – *“Money follows the patient”*, neste caso, um “voucher” – cheque-dentista (anexos 2, 3, 4, 5 e 6) – cujo valor foi fixado administrativamente (Auditoria PNPSO, 2009).

As alterações ao modelo de contratualização adotaram uma solução centralizada no SISO, não permitindo a diferenciação qualitativa ao nível do objeto e da remuneração dos prestadores individualmente considerados e a autonomia negocial de cada uma das ARS, considerando as especificidades regionais, sem prejuízo da possibilidade de intervenção das autarquias locais, nos termos previstos pela Portaria n.º 301/2009, de 24 de Março, que reformulou a contratualização (Auditoria PNPSO, 2009).

Com base na análise da evolução dos elementos de avaliação da contratualização inerente ao PNPSO, disponíveis a partir do ano 2000, foram identificadas situações que representam vantagens objetivas no novo modelo de utilização de cheques-dentista:

- A simplificação do relacionamento profissional entre os prestadores dos serviços de saúde públicos e privados;
- O fim dos concursos públicos anuais e dos procedimentos altamente burocratizados que lhes estavam associados, dificultando o acesso a cuidados de saúde oral;

- A livre escolha do prestador pelo utente, tendo por suporte uma lista nacional de estomatologistas e médicos dentistas aderentes, disponível e em permanência, no *site* da DGS, www.dgs.pt e nas Unidades de Saúde;
- A possibilidade desta prestação de cuidados ser realizada ao longo de todos os meses do ano e não apenas entre Março/Abril e Novembro, como se verificava anteriormente;
- A possibilidade de se realizarem os pagamentos aos prestadores dos cuidados num prazo máximo de 30 dias;
- A existência de dados da monitorização disponíveis em tempo real, nomeadamente sobre a situação de saúde oral, os tratamentos efetuados e o rigoroso controlo financeiro do processo (Circular Normativa nº 02/DSPPS/DCVAE).

Quadro 8 – Número máximo de cheques-dentista atribuídos às várias populações em 2009

	Crianças e Jovens		Grávidas	Idosos
	Dos 7 aos 10 anos	13 anos		
Número de cheques -dentista que podem ser atribuídos	Até 2 cheques-dentista	Até 3 cheques-dentista	Até 3 cheques-dentista	Até 2 cheques-dentista

Fonte: Adaptado de circular normativa nº 02/DSPPS/DCVAE

Em função da decisão clínica do médico-dentista aderente e tendo em atenção que o tratamento precoce é sempre prioritário, a intervenção correspondente a cada cheque deverá ser a seguinte:

• **Aos 7 anos**

O 1º cheque-dentista destina-se ao tratamento ou à aplicação de selantes de fissura em 2 dentes, primeiros molares. O 2º cheque-dentista destina-se ao tratamento de todas as outras situações de doença que afetem dentes permanentes ou à aplicação de selantes nos restantes molares sãos.

• **Aos 10 anos**

O 1º cheque-dentista destina-se ao tratamento de dois dentes permanentes ou à aplicação de selantes de fissuras em 2 dentes pré-molares. O 2º cheque-dentista destina-se ao tratamento de todas as outras situações que afetem dentes permanentes ou à aplicação de selantes nos restantes pré-molares.

- **Aos 13 anos**

O 1º cheque-dentista destina-se ao tratamento de dois dentes permanentes ou à aplicação de selantes de fissuras em 2 dentes segundos molares. O 2º cheque-dentista destina-se ao tratamento de todas as outras situações que afetem um 3º ou 4º dente permanente ou à aplicação de selantes nos segundos molares sãos. O 3º cheque-dentista destina-se ao tratamento de todas as outras situações que afetem dentes permanentes e que exijam uma intervenção curativa ou preventiva.

Caso se verifique ser necessário repetir um tratamento/intervenção, até 6 meses após a sua realização, o respetivo médico aderente assumirá o compromisso de o efetuar, sem qualquer remuneração adicional. Os cheques-dentista têm um prazo de validade até ao dia 30 do mês de Agosto subsequente à data da sua emissão (Circular Normativa nº 02/DSPPS/DCVAE).

6.1 Acesso

As grávidas seguidas no SNS e os beneficiários do complemento solidário para idosos utentes do SNS podem, na sequência de decisão do médico de família e com base em critérios clínicos, ser referenciados para consultas de medicina dentária.

A triagem das crianças e dos jovens com idade inferior a 16 anos na área de influência das unidades funcionais com higienista oral é, sempre que possível, feita nas escolas por este profissional. A sinalização das crianças e dos jovens com idade inferior a 16 anos para os cuidados preventivos e curativos é da responsabilidade do gestor de saúde oral com competência naquela área geográfica.

6.2 Prestadores

Os cuidados preventivos e ou curativos são realizados nos consultórios dos médicos estomatologistas e médicos dentistas aderentes inscritos nas respetivas ordens profissionais.

Os higienistas orais que integram os consultórios dos médicos estomatologistas e dos médicos dentistas aderentes podem prestar cuidados de saúde oral, no âmbito das suas competências, sob a orientação e responsabilidade dos médicos estomatologistas e médicos dentistas aderentes. Os higienistas orais dos agrupamentos de CS realizam a sua atividade de prestação de cuidados de saúde oral nas suas correspondentes unidades funcionais.

6.3 Pagamentos

Os cuidados prestados aos utentes beneficiários são confirmados através de assinatura do seu titular de forma legível, escrita no respetivo cheque dentista, que, no caso de criança ou jovem com idade inferior a 16 anos, deve ser a assinatura do encarregado de educação ou da pessoa que em sua representação o(a) acompanhe à consulta. Os cheques dentista utilizados são enviados mensalmente pelo prestador aderente à ARS respetiva, para validação e processamento do pagamento. A ARS efetua o pagamento dos cheques dentista no prazo máximo de 30 dias contados desde a sua validação (Portaria nº 301/2009).

No ano de 2013 e face à conjuntura económico-financeira do país verificaram-se alterações ao cheque-dentista, foi diminuído o valor do cheque-dentista, por um lado, sem diminuição do acesso e cobertura da população e, por outro, com reforço da cobertura dos jovens de 15 anos completos. Assim, a intervenção de âmbito comunitário nas crianças e jovens em meio escolar tem como objetivo que, no final de cada ciclo de intervenção aos 7, 10, 13 anos e 15 anos completos, todos os dentes molares e pré-molares permanentes erupcionados deverão estar tratados ou protegidos com selantes de fissuras.

Foi fixado o valor do cheque-dentista em 35€. Por outro lado, o número de cheques-dentista a atribuir às crianças e jovens em meio escolar da rede pública e instituições particulares de solidariedade social está demonstrado no quadro 9.

Quadro 9 - Número máximo de cheques-dentista atribuídos às várias populações em 2013

	Crianças e Jovens				Grávidas	Idosos	VIH/SIDA
	Menos de 6 anos	Dos 7 aos 10 anos	13 anos	15 anos completos			
Número de cheques - dentista que podem ser atribuídos	1 cheque-dentista	Até 2 cheques-dentista	Até 3 cheques-dentista	1 cheque-dentista	Até 3 cheques-dentista	Até 2 cheques-dentista	Até 6 cheques-dentista

Fonte: Adaptado de despacho nº 7402/2013

Quanto ao número de cheques-dentista a atribuir a cada grupo de utentes beneficiários do PNPSO, por referenciação do médico de família, é o seguinte:

- Às grávidas seguidas no SNS podem ser atribuídos até três cheques -dentista por gravidez;
- Aos beneficiários do complemento solidário para idosos podem ser atribuídos até dois cheques-dentista num período de 12 meses;
- Aos utentes infetados com o vírus do VIH/SIDA, podem ser atribuídos até seis cheques-dentista;
- Às crianças e jovens em meio escolar da rede pública e instituições particulares de solidariedade social da coorte dos 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos, com situações de cárie em dentes permanentes, que tenham sido utentes beneficiários do PNPSO e seguido o respetivo plano de tratamentos, pode ser atribuído um cheque dentista por ano letivo e por coorte;
- Às crianças com idade igual ou inferior a 6 anos com situações de considerável gravidade ponderadas por critérios de dor e de grau de infeção em dentes temporários, pode ser atribuído um cheque-dentista por ano.

A emissão do segundo cheque-dentista e seguintes depende da necessidade de proceder a mais tratamentos, sejam eles preventivos ou curativos, que foram previstas e estabelecidas na primeira consulta pelo médico aderente no respetivo plano de tratamento (Despacho nº 7402/2013).

9. Voucher

O cheque-dentista funciona como se fosse um voucher cujo valor é fixado administrativamente e que permite ao paciente ter liberdade de escolha no prestador em que pretende realizar os tratamentos necessários, desde que este se encontre na rede de prestadores.

Um dos instrumentos que tem recebido crescente atenção e interesse por parte dos governos e dos investigadores está relacionado com os *vouchers* e o sucesso inerente ao seu uso. Muitos investigadores e académicos, especialmente nos E.U.A, defendem que a eliminação dos problemas na prestação de serviços básicos passa essencialmente pela adoção do sistema de *vouchers* (Emanuel; Fuchs, 2007).

A ideia base dos *vouchers* é fornecer à população serviços/bens que de outra forma seriam inalcançáveis, permitindo um mercado competitivo entre os profissionais, com o objetivo de limitar o custo dos serviços prestados, de modo a que estes sejam de baixo-custo e eficientes (Emanuel; Fuchs, 2007).

O contexto teórico para a existência dos programas de *vouchers* encontra-se na base das teorias económicas de oferta e procura, onde os vouchers visam aplicar mecanismos de mercado de forma a melhorar a eficiência, sendo o objetivo final destes programas melhorar a saúde da população (Bhatia et al., 2006 cit. por Meyer et al., 2011).

Um dos motivos para subsidiar os cuidados de saúde é o facto de haver uma distribuição desigual da riqueza e da saúde (Sandiford et al., 2005 cit. por Meyer et al., 2011). Indivíduos com baixo rendimento podem ter necessidade de recorrer a bens ou serviços de saúde, no entanto, sem recursos financeiros ou conhecimento destes bens ou serviços de saúde, não têm a capacidade de ter acesso a eles, nomeadamente no setor privado.

Segundo Gauri e Vawda (2003), os vouchers da saúde devem ser vistos como uma estratégia global que inclui várias reformas estruturais e o sucesso da estratégia passa pelo efeito (positivo ou negativo) que cada reforma tem nas metas da saúde: equidade, satisfação do paciente e eficiência.

A literatura sugere que o potencial dos *vouchers* para alocar serviços/bens é enorme principalmente no que respeita a bens públicos e bens de mérito como a educação, serviços sociais, saúde. Estes bens são os mais adequados para o uso de *vouchers* já que o acesso por parte da população está condicionado por motivos económico-sociais.

METODOLOGIA

1. Objetivos

Como já foi referido anteriormente, a satisfação profissional é uma das variáveis do comportamento organizacional mais estudada, por vezes, como variável dependente, outras como variável independente, uma vez que existem três razões plausíveis para justificar a sua pertinência e importância: (i) o presumível impacto da satisfação na produtividade; (ii) a importância para o indivíduo e a comunidade, da satisfação como dimensão da qualidade de vida no trabalho; (iii) a facilidade de medida, isto é, a variável satisfação pode ser medida de forma muito simples e relacionada, direta ou indiretamente, com a grande maioria das variáveis organizacionais (motivação, *stress*, descrição de funções, absentismo, *turnover* ou rotação de pessoal, saúde mental, entre outras).

O objetivo geral deste trabalho de investigação é conhecer o grau de satisfação profissional dos médicos dentistas no âmbito da utilização do cheque-dentista no concelho de Lisboa e responder à seguinte questão: até que ponto as diferentes dimensões da satisfação profissional influenciam o trabalho dos médicos dentistas ao tratarem doentes com cheque-dentista.

Face ao contexto da questão de investigação, foram expressos os seguintes objetivos específicos:

- Verificar se as diferentes variáveis, como sejam a idade, o género, tempo de exercício da profissão ou número de horas semanais de exercício da profissão, estão relacionadas com a satisfação profissional;
- Perceber qual das várias dimensões da satisfação profissional é mais ou menos importante para os médicos dentistas;
- Verificar quais as dimensões da satisfação profissional relativas ao trabalho com o cheque-dentista com as quais os médicos dentistas se encontram mais satisfeitos e menos satisfeitos.

2. Delineamento do estudo

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa com o objetivo de perceber qual o grau de satisfação profissional dos médicos dentistas do concelho de Lisboa no âmbito do cheque-dentista.

A recolha de informação relativa à satisfação dos médicos dentistas foi feita através da recolha de respostas a um questionário *on-line* enviado aos médicos dentistas. O questionário foi introduzido numa ferramenta designada por *SurveyMonkey* (www.surveymonkey.com) para facilitar a recolha de dados. O *SurveyMonkey* é uma ferramenta *on-line* de recolha sistematizada de informação, que permite a criação de questionários de uma forma simples e rápida.

Inicialmente foi feita a divulgação do *link* do questionário através da rede social Facebook, em grupos específicos sobre saúde oral. Como apenas houve 5 respostas através deste método, de forma a obter um maior número de respostas ao questionário, foi utilizada outra abordagem. Através de uma lista de clínicas e respetivos médicos dentistas aderentes ao programa do cheque-dentista disponibilizada online pela DGS (www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/public/proAderentes.jsp), foi feito um contacto telefónico com a clínica de forma a solicitar o e-mail da mesma uma vez que não facultaram os e-mails dos médicos, para depois o questionário ser encaminhado para o(s) médico(s) dentista(s).

3. População e Amostra

A população total é composta por 188 médicos dentistas que trabalham com cheque-dentista no concelho de Lisboa. Destes 188, foram contactados um total de 99 médicos dentistas, ficando a amostra reduzida a 24 médicos dentistas, o número que respondeu corretamente à totalidade do questionário.

4. Recolha de Dados

A adequação dos instrumentos de recolha de dados à natureza dos fenómenos em estudo, atendendo aos objetivos do mesmo, detém importância crucial neste processo. Sendo este um estudo quantitativo, e tendo em vista a obtenção de dados e, subsequentemente, de resultados fidedignos, adequados para dar resposta às questões/hipóteses em estudo,

afigurou-se pertinente a aplicação de um questionário aos médicos dentistas que trabalham com cheque-dentista no concelho de Lisboa.

Neste sentido, com o intuito de estudar o grau de satisfação profissional dos médicos dentistas no concelho de Lisboa, foi elaborado um questionário baseado no questionário de satisfação profissional do ano de 2008 para médicos, de Luís Graça.

A escolha deste instrumento de recolha de dados deve-se a um conjunto de fatores, tais como: maior confidencialidade; mais tempo disponível para reflexão; maior sistematização das respostas obtidas, a existência de escalas na literatura para medir as variáveis em análise, entre outras.

O questionário aplicado (anexo 1) divide-se em três partes: a primeira parte contém três perguntas de seleção da amostra em estudo, a segunda parte é constituída por questões que pretendem identificar a satisfação experienciada pelo médico dentista no seu trabalho com o cheque-dentista e a terceira parte visa a caracterização sociodemográfica da amostra. Este questionário é constituído por dezassete questões (dezasseis fechadas e uma semifechada).

Na segunda parte do questionário pretende-se identificar qual/quais os pacientes nos quais o médico dentista realiza mais tratamentos, perceber há quanto tempo o médico trabalha com o cheque-dentista, onde exerce a sua profissão e qual o tipo de atividade que exerce. Foi colocada uma questão que pretende avaliar a satisfação profissional do médico dentista face a vários itens que são apresentados.

Estes itens são avaliados numa Escala de Likert de 1 a 7, em que:

1. Totalmente insatisfeito;
2. Muito insatisfeito;
3. Insatisfeito;
4. Nem insatisfeito, nem satisfeito
5. Satisfeito;
6. Muito satisfeito;
7. Totalmente satisfeito.

A utilização da Escala de *Likert* permite obter opiniões individualizadas sobre as variáveis suscetíveis ou não de influenciar a satisfação profissional, sendo que cada item/itens se reporta a uma dimensão da satisfação profissional.

Foi ainda colocada outra questão sobre satisfação profissional na globalidade da atuação do médico dentista com o cheque-dentista. O objetivo desta questão é a colocação por ordem de importância motivacional as diferentes dimensões da satisfação profissional:

- Autonomia e Poder
- Condições de Trabalho e Saúde
- Realização Pessoal e Profissional
- Relação Profissional/Paciente
- Relações de trabalho
- Remuneração
- Segurança profissional
- *Status* e prestígio

Com uma ordenação de 1 a 8, sendo que ao 1 corresponderá a variável que é considerada mais importante para a satisfação profissional e ao 8 a menos importante e que terá portanto menor influência sobre a satisfação profissional.

Na última e terceira parte deste questionário foram colocadas questões para se obter informação de caracterização sociodemográfica: género, grupo etário, número de anos de profissão, número de horas exercidas como médico dentista e vínculo profissional. A questão final é uma questão semifechada já que possibilita selecionar as opções disponibilizadas para as medidas prioritárias a implementar de forma a aumentar a satisfação profissional do médico dentista no âmbito do cheque-dentista ou o médico dentista tem a opção de expressar a sua opinião.

5. Pré – Teste do questionário

Foi aplicado um pré-teste do questionário a um médico dentista que trabalha com o cheque-dentista e que pertence à amostra. Este procedimento permitiu avaliar o desempenho e funcionalidade do questionário assim como identificar questões que não conduziam a dados relevantes eliminando-as e fazer pequenas alterações em determinados itens de forma a não oferecerem qualquer tipo de dúvida ao médico dentista que estiver a responder.

6. Operacionalização de Variáveis

No decurso do processo de investigação, essencialmente ao nível da investigação quantitativa, a necessidade de medir e avaliar fenómenos é fundamental. Neste sentido, o investigador tem

de definir claramente o objeto do estudo, sob a forma de variáveis, de forma a aceder à informação que estas lhe fornecem, atendendo ao tipo de variável em estudo. As variáveis podem ser de carácter qualitativo (variáveis nominais e ordinais) ou quantitativo (variáveis intervalares ou de razão) (Maroco, 2007).

As variáveis são então consideradas como qualidades, propriedades e características de objetos, pessoas ou situações, a serem estudadas numa investigação. Neste contexto, torna-se crucial a definição da variável dependente e das variáveis independentes para posterior operacionalização das mesmas.

Uma variável dependente é a variável resultado, ou seja, aquela em que o investigador tem interesse em explicar, compreender ou prever e que sofre o efeito da(s) variável/variáveis independente(s) (Aguilar, 2006). Foi definida como **variável dependente** a satisfação profissional, tendo sido operacionalizada em oito dimensões (remuneração; autonomia; realização pessoal; relação com paciente; relação com os colegas; condições de trabalho; status/prestígio e segurança). Foi ainda definida a satisfação profissional no âmbito do cheque-dentista operacionalizada em catorze dimensões (idades definidas para tratamento; número de tratamentos permitidos efectuar; valor remuneratório do cheque-dentista; tempo que a ARS leva a pagar; autonomia na decisão do tratamento a efectuar; realização pessoal e profissional; reconhecimento do seu trabalho; tempo médio de consulta; prazo de validade do cheque-dentista; relação estabelecida com o paciente; relação de trabalho com a equipa; stress profissional; prestígio e estabilidade profissional).

A variável independente é aquela que pode influenciar o(s) resultado(s), influencia a variável dependente (Aguilar, 2006). Assim, como variáveis independentes definiu-se: o género; grupo etário; anos de profissão; horas de trabalho semanais; horas trabalho semanais com cheque-dentista; setor profissional e ano de adesão ao cheque-dentista.

Quadro 10 – Operacionalização de variáveis independentes

Variável	Operacionalização
Grupo Etário	0 – 20-29 anos 1 – 30-39 anos 2 – 40-49 anos 3 – 50 anos ou +
Gênero	0 – Masculino 1 – Feminino
Anos Profissão	Anos de serviço
Horas trabalho semanais	0 - < 8 horas 1 – 8-16 horas 2 – 17-24 horas 3 – 25-32 horas 4 – 33-40 horas 5 - > 40 horas
Horas trabalho semanais com cheque-dentista	Número de horas
Sector Profissional	0 – Público 1 – Privado 2 - Social
Ano de adesão ao cheque-dentista	Ano de adesão

7. Análise Estatística

Depois de recolhidos os questionários, os dados foram introduzidos no *software* estatístico denominado *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20. O passo seguinte consistiu em avaliar as características psicométricas das escalas, tendo esta avaliação compreendido várias etapas tendo sempre subjacente as propriedades das mesmas: a consistência.

Da análise dos dados faz parte o estudo descritivo e análise inferencial. Em relação à estatística descritiva, determinou-se: frequências absolutas e percentagem; medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão). Relativamente à análise estatística inferencial, foram aplicados os seguintes testes: teste *t-student* para amostras independentes e análise de correlação de Spearman.

Teste *t-student*

É um teste de hipótese utilizado para comparação das médias obtidas em dois grupos independentes ou amostras emparelhadas ou comparação de uma amostra com uma população (Aguiar, 2007).

Análise de correlação de Spearman

Na impossibilidade de se proceder à análise de regressão linear, por exemplo, por não se observar no diagrama de dispersão uma tendência linear entre as duas variáveis, pode-se sempre efetuar uma análise de correlação não paramétrica, isto é, a análise de correlação de Spearman.

Tal como noutros métodos não paramétricos é costume utilizar-se este método no caso das variáveis em análise serem numéricas ou serem variáveis ordinais. Assim, podemos considerar de algum modo a análise de correlação de Spearman como um método válido para substituir a análise de regressão linear (pela substituição particular da análise de correlação de Pearson) em situação de desvio de pressupostos da análise de regressão linear. Para além disto, se o interesse de investigação assentar exclusivamente numa análise de correlação, sem existir propriamente a necessidade de se estabelecer um modelo de regressão, então, a análise de correlação de Spearman é um método não paramétrico válido para substituir a análise de correlação de Pearson para o caso das variáveis não terem distribuição aproximadamente normal.

A ideia do coeficiente de correlação de Spearman consiste em transformar os valores de cada variável a ser correlacionada nas suas ordens – *ranks* - após o qual, é calculado um coeficiente de correlação de Pearson sobre as variáveis transformadas. Deste modo, o coeficiente de correlação de Spearman terá uma leitura semelhante ao coeficiente de correlação de Pearson, podendo do mesmo modo variar no intervalo -1 a 1.

O coeficiente de correlação quanto mais perto de 1 tiver o seu valor, ou quanto mais perto de -1, maior é o nível de associação com a consequente superior concentração de pontos no diagrama de dispersão. Pelo contrário, quanto mais perto de zero estiver o coeficiente de correlação mais fraco será o nível de associação entre as duas variáveis, com a consequente tendência para a mancha de pontos se dispersar aleatoriamente. Numa situação limite de $R=1$ (máxima associação positiva) os pontos do diagrama de dispersão concentram-se todos numa recta crescente. Também, numa situação limite de $R=-1$ (máxima associação negativa) os pontos do diagrama de dispersão concentram-se todos numa reta decrescente. (Aguiar, 2007).

Alfa de Cronbach

Na sequência da análise estatística, aplicou-se uma medida de verificação de consistência interna, *Alfa de Cronbach*, à escala utilizada para medir a satisfação dos médicos dentistas quanto à utilização do cheque-dentista.

L. J. Cronbach publica, em 1951, um artigo onde discutia os problemas associados à estimativa da consistência interna de uma escala ou teste e as propostas de outros autores para o seu cálculo. Neste artigo seminal, Cronbach considerando as derivações anteriores de Kuder-Richarson e Guttman, e assumindo os mesmos pressupostos mas sem limites no padrão de classificação dos itens, formaliza uma proposta de estimativa de consistência interna a partir das variâncias dos itens e dos totais do teste por sujeito, que ficou conhecida como o índice “alfa” de Cronbach. O índice α estima quão uniformemente os itens contribuem para a soma não ponderada do instrumento, variando numa escala de 0 a 1. Esta propriedade é conhecida por consistência interna da escala, e assim, o α pode ser interpretado como coeficiente médio de todas as estimativas de consistência interna que se obteriam se todas as divisões possíveis da escala fossem feitas (Cronbach, 1951 cit. por Maroco; Marques, 2006).

De um modo geral, um instrumento ou teste é classificado como tendo fiabilidade apropriada quando o α é pelo menos 0.70 (Nunnally, 1978). Contudo, em alguns cenários de investigação das ciências sociais, um α de 0.60 é considerado aceitável desde que os resultados obtidos com esse instrumento sejam interpretados com precaução e tenham em conta o contexto de computação do índice (DeVellis, 1991 cit. por Maroco; Marques, 2006).

Para os 14 itens questionados na pergunta nº 6 o coeficiente de Alpha de Cronbach obtido foi de 0,72 o que indica que existe uma consistência interna dos itens apropriada.

8. Limitações do Estudo

O estudo está limitado devido ao número de respondentes ao questionário ter sido apenas de 24, sendo a amostra pequena. Foi dado a conhecer a realização deste estudo à OMD, de forma a poder obter algum apoio, apoio esse que foi negado uma vez que é uma decisão estratégica do conselho diretivo da mesma, aprovada durante o ano de 2010 na qual foi decidido manter uma postura de isenção relativamente a pedidos desta índole.

O desenho deste estudo, transversal, não permite fazer inferências causais uma vez que não há grupo de comparação. Os resultados obtidos têm sempre por base as limitações ligadas aos estudos transversais que usam instrumentos de autopreenchimento, pelo facto de poder haver interferência de fatores não controlados.

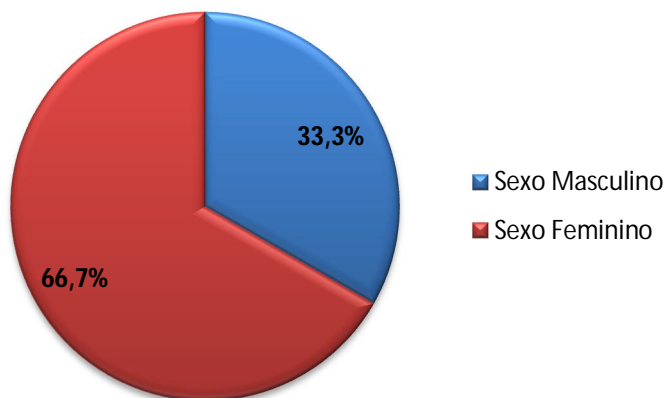
Os vieses nos inquéritos por questionário podem resultar da forma como as questões estão desenhadas, pelo desenho do questionário em si e de como o questionário é gerido. Os métodos auto relatados podem introduzir viés de memória no entanto tratam-se de métodos convenientes e simples. Este estudo também poderá ter um viés de seleção introduzido pelos não respondentes. O facto de o questionário ter sido enviado, via eletrónica, também pode ter limitado o número de respondentes por não estarem familiarizados com este procedimento.

RESULTADOS

De um total de 99 questionários enviados, 24 foram respondidos na totalidade, correspondendo uma taxa de resposta de 24,2%.

Dos 24 inquiridos, 16 pertencem ao género feminino e 8 ao género masculino (gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos por género (n=24)



A distribuição de idades apresenta-se no gráfico 2 no qual o grupo etário com maior número de inquiridos é dos 30-39 anos de idade (62,4%), seguido dos grupos etários dos 20-29 anos e 40-49 anos com a mesma percentagem de 16,7%. O grupo etário dos 50 ou mais anos apenas está representado por um indivíduo correspondendo a frequência de 4,2%.

Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos por grupo etário (n=24)

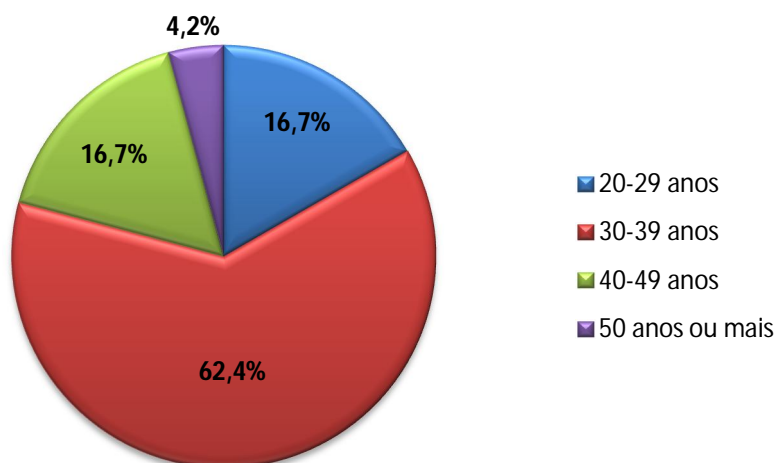
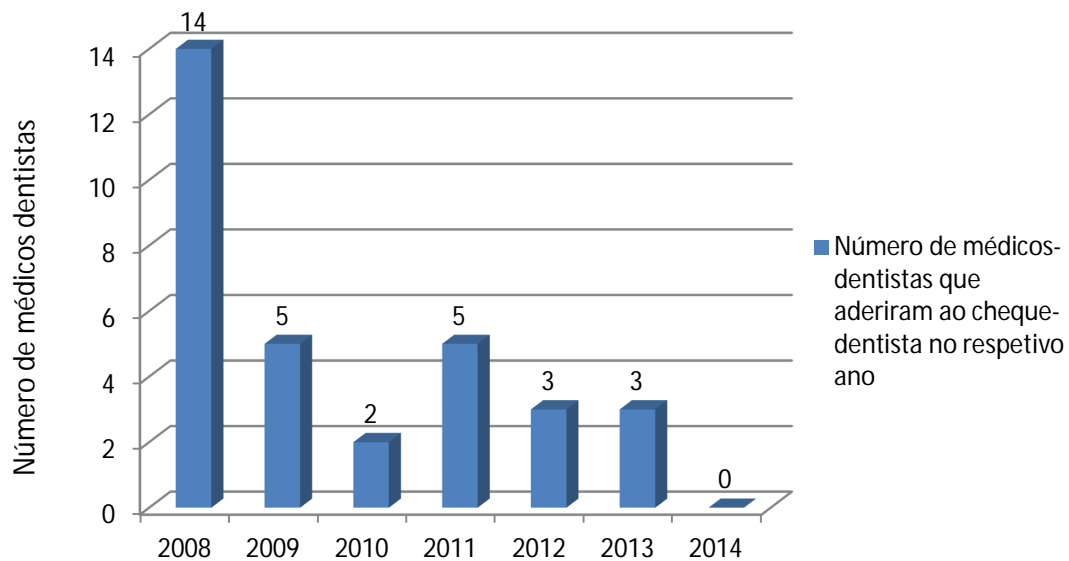
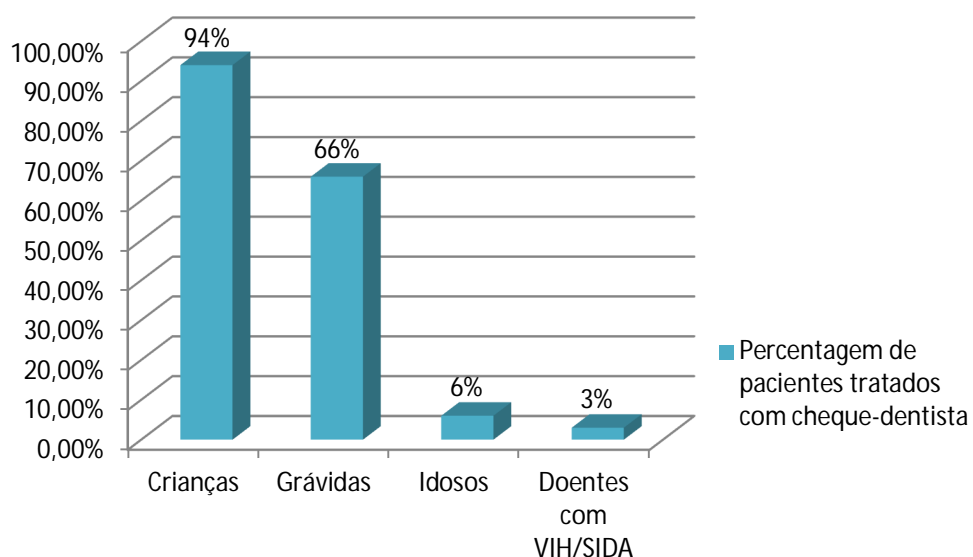


Gráfico 3 – Número de médicos-dentistas que aderiram ao cheque-dentista no ano respectivo (n=32)



À questão número 4 responderam 32 médicos-dentistas. Como se pode verificar, foi no ano de 2008 que mais médicos-dentistas aderiram ao programa do cheque-dentista, 14 (43,7%), logo seguido pelos anos de 2009 e 2011, 5 (15,6%), no ano de 2012 e 2013 apenas 3 aderiram (9,4%), tendo no ano de 2010 apenas 2 aderido (6,3%).

Gráfico 4 - Distribuição de pacientes tratados com cheque-dentista (resposta múltipla) (n=32)



À questão número 5 responderam também 32 médicos-dentistas. Da amostra inquirida verifica-se que a maioria dos pacientes tratados com cheque-dentista são crianças (30),

seguidamente são as grávidas (21), os idosos encontram-se num número muito reduzido (2) e apenas um médico-dentista da amostra trata pacientes com VIH/SIDA. Os doentes com VIH/SIDA apenas se encontram abrangidos pelo cheque-dentista desde o ano 2013.

Na questão número 6 tentou-se perceber nas diferentes dimensões da satisfação profissional qual o grau de satisfação do médico dentista ao trabalhar com o cheque-dentista. A escala tem a seguinte configuração: 1=totalmente insatisfeito; 2=muito insatisfeito; 3=insatisfeito; 4=nem insatisfeito nem satisfeito; 5=satisfeito; 6=muito satisfeito e 7=totalmente satisfeito.

Quadro 11 – Média e desvio-padrão do grau de satisfação profissional face aos vários itens

DIMENSÃO	N	SOMA*	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
Valor remuneratório cheque-dentista	24	51	2,13	1,19
Nº tratamentos permitidos efetuar	24	63	2,62	1,13
Estabilidade profissional	24	73	3,04	1,23
Prestígio	24	76	3,17	1,37
Autonomia na decisão do tratamento a efetuar	24	87	3,63	1,56
Stress profissional	24	90	3,75	1,39
Reconhecimento do seu trabalho	24	94	3,92	1,56
Tempo médio de consulta	24	98	4,08	0,97
Idades definidas para tratamento	24	99	4,13	1,33
Realização pessoal e profissional	24	104	4,33	1,46
Tempo que a ARS leva a pagar	24	109	4,54	1,64
Prazo de validade do cheque-dentista	24	115	4,79	1,18
Relação estabelecida com paciente	24	118	4,92	1,21
Relação de trabalho com a equipa	24	118	4,92	0,83

*com valor mínimo 24 e máximo 168

Como se pode confirmar pelos valores apresentados na tabela acima, verifica-se que é a relação estabelecida com o paciente assim como a relação de trabalho com a equipa que apresentam índices de satisfação mais elevados (4,92) mas que apenas correspondem a um grau de satisfação neutro, ou seja, nem insatisfeito nem satisfeito, embora o valor seja muito próximo do grau satisfeito. Ainda dentro deste grau de satisfação surge o prazo de validade do cheque-dentista (4,79) e o tempo que a ARS leva a pagar ao médico ou à clínica (4,54). Ainda dentro do grau de satisfação neutro encontra-se a realização pessoal e profissional (4,33), a

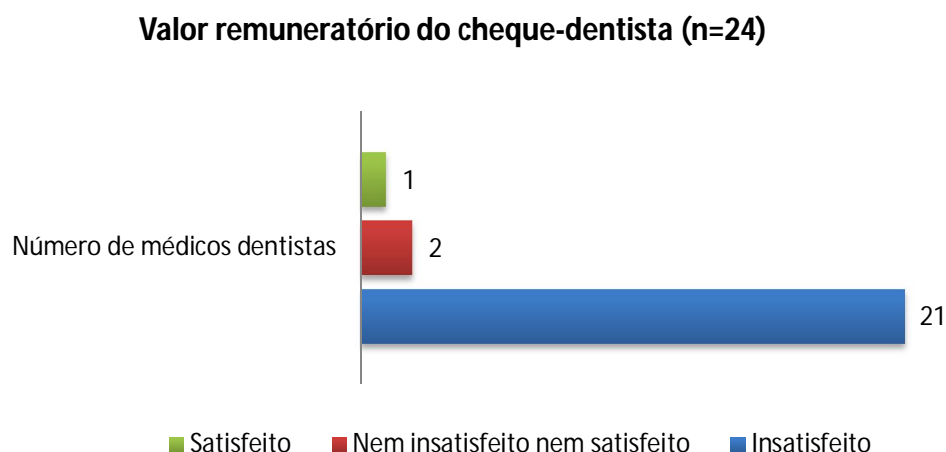
satisfação com as idades definidas para a realização de tratamentos (4,13) e por último, o tempo médio de consulta para tratamento de pacientes com cheque-dentista (4,08).

Já no grau de insatisfeito encontra-se o reconhecimento do trabalho (3,92), o stress profissional (3,75) e a autonomia na decisão do tratamento a efetuar (3,63). Com valores inferiores em que existe ainda mais insatisfação mas que se encontram no mesmo grau, deparamo-nos com o prestígio associado ao trabalho com o cheque-dentista (3,17) e a estabilidade profissional (3,04). Na escala de muito insatisfeito encontram-se o número de tratamentos que são permitidos efetuar em cada cheque-dentista (2,62) e um último lugar encontra-se o valor remuneratório do cheque-dentista (2,13).

Pretende-se avaliar ainda qual foi o grau de satisfação por cada dimensão separadamente, para tal são apresentados os gráficos que se seguem. Os quadros com a informação mais detalhada estão no anexo 7.

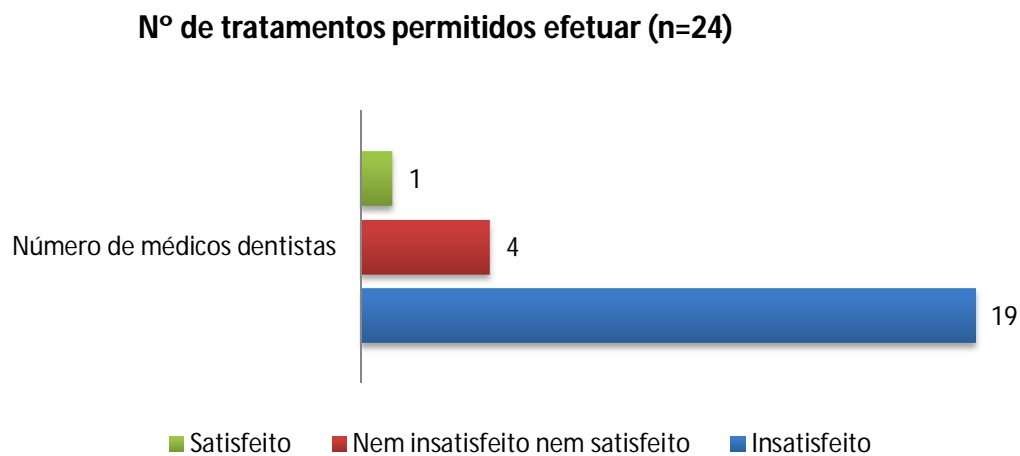
A escala com sete itens foi agrupada em três já que a amostra é pequena. A escala foi agrupada da seguinte forma: os itens 1=totalmente insatisfeito; 2=muito insatisfeito e 3=insatisfeito designou-se de insatisfeito; o item 4=nem insatisfeito nem satisfeito manteve a sua designação e os itens 5=satisfeito; 6=muito satisfeito e 7=totalmente satisfeito reagruparam-se em satisfeito (gráfico 5).

Gráfico 5 – Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao valor remuneratório do cheque-dentista



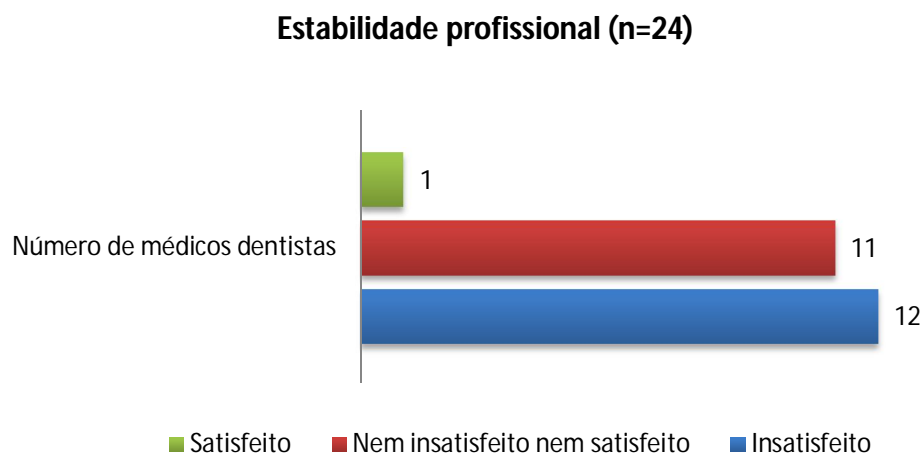
Quanto ao valor remuneratório do cheque-dentista verifica-se que é o grau de insatisfeito que prevalece face aos restantes assim como já verificado anteriormente aquando da média total.

Gráfico 6 – Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao número de tratamentos permitidos efetuar



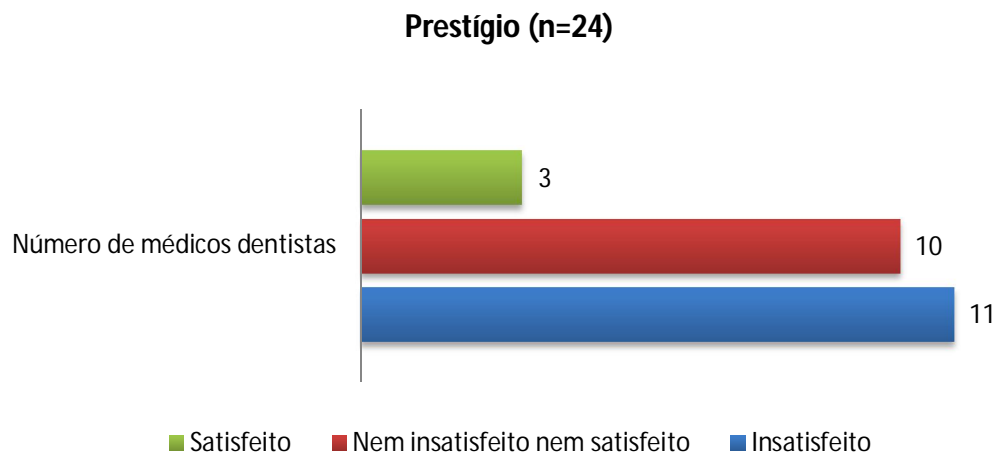
Relativamente ao número de tratamentos permitidos efetuar, é dentro do grau de insatisfação que se situa a maior parte da amostra, o que comparativamente com a média analisada anteriormente verifica-se conformidade.

Gráfico 7 – Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa à estabilidade profissional



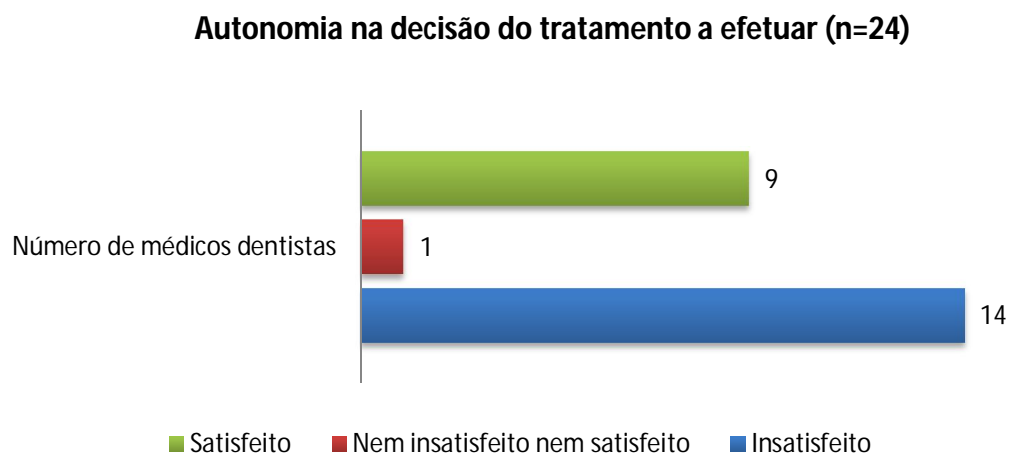
Na estabilidade profissional verifica-se que é o grau de insatisfeito que predomina logo seguido de grau neutro. Quando comparado com a média total verifica-se que existe concordância no grau de insatisfeito.

Gráfico 8 – Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao prestígio



Quanto ao prestígio verifica-se que é o grau de insatisfeito que predomina logo seguido de grau neutro. Quando comparado com a média total verifica-se que existe concordância no grau de insatisfação.

Gráfico 9 – Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa à autonomia na decisão do tratamento a efetuar



Relativamente à autonomia na decisão do tratamento a efetuar é o grau de insatisfeito que se destaca estando também próximo o grau de satisfeito. Quando analisada a média verifica-se que existe concordância no grau de satisfação, ou seja, é o grau de insatisfeito que predomina em ambas as situações.

Gráfico 10 – Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao stress profissional



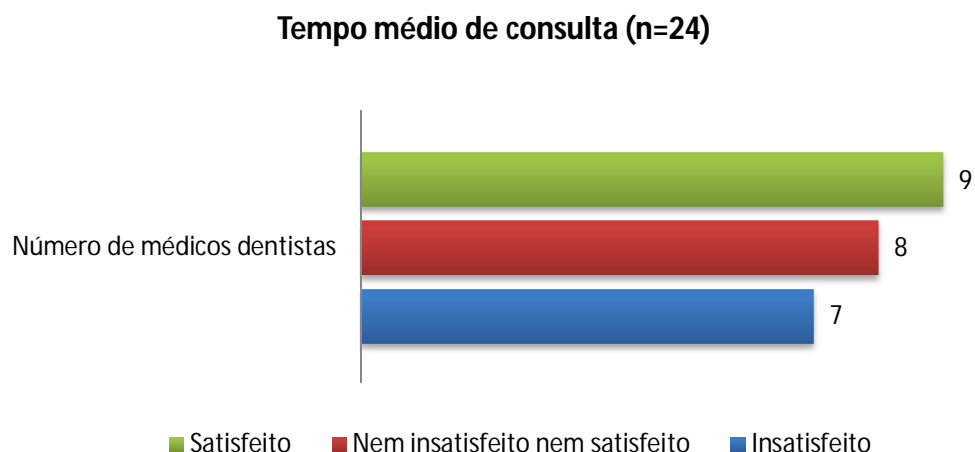
Analisando o stress profissional conclui-se que é o grau de insatisfeito que predomina. Quando analisada a média, verifica-se que existe concordância no grau de insatisfação.

Gráfico 11 – Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao reconhecimento do seu trabalho



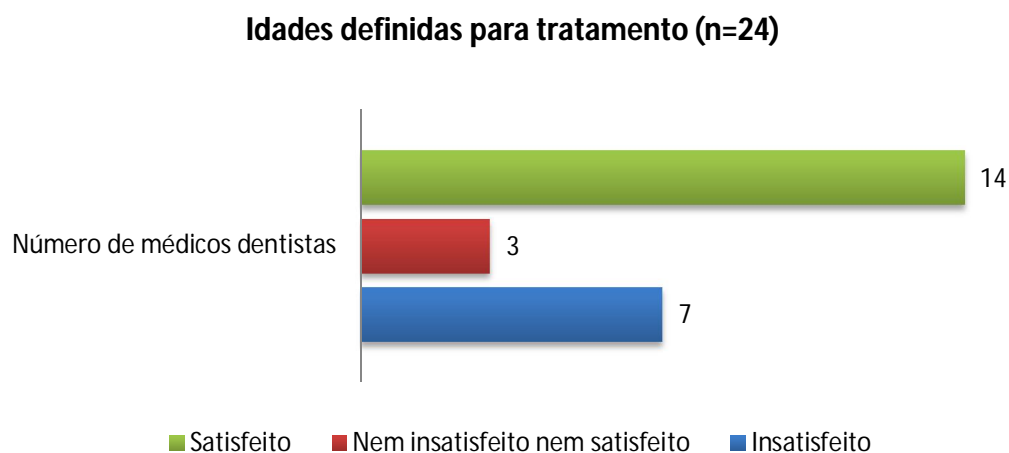
Quanto ao reconhecimento do seu trabalho, verifica-se que é o grau de satisfeito que prevalece face aos restantes. Quando comparado com a média total verifica-se que é o grau de insatisfeito que prevalece.

Gráfico 12 – Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao tempo médio de consulta



No que se refere ao tempo médio de consulta verifica-se que os três graus de satisfação se encontram muito próximos embora seja o grau de satisfeito que prevalece. Quando analisada a média, verifica-se que é no grau de satisfação neutro, nem insatisfeito nem satisfeito que esta dimensão se encontra.

Gráfico 13 - Distribuição pelos vários graus de satisfação profissional relativa às idades definidas para tratamento



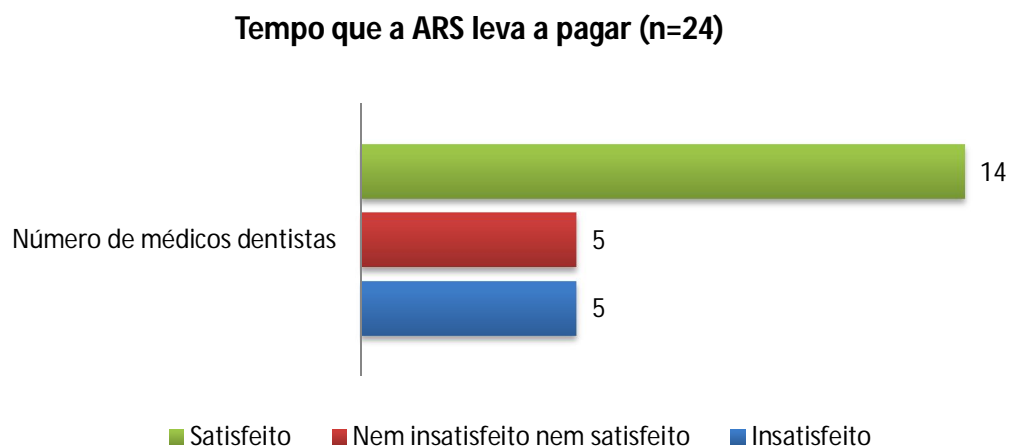
Ao nível das idades definidas para tratamento verifica-se que é dentro do grau de satisfação que se encontram o maior número de médicos dentistas, enquanto que tendo em conta a média como foi analisado anteriormente, é o grau de satisfação neutro que predomina.

Gráfico 14 – Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa à realização pessoal e profissional



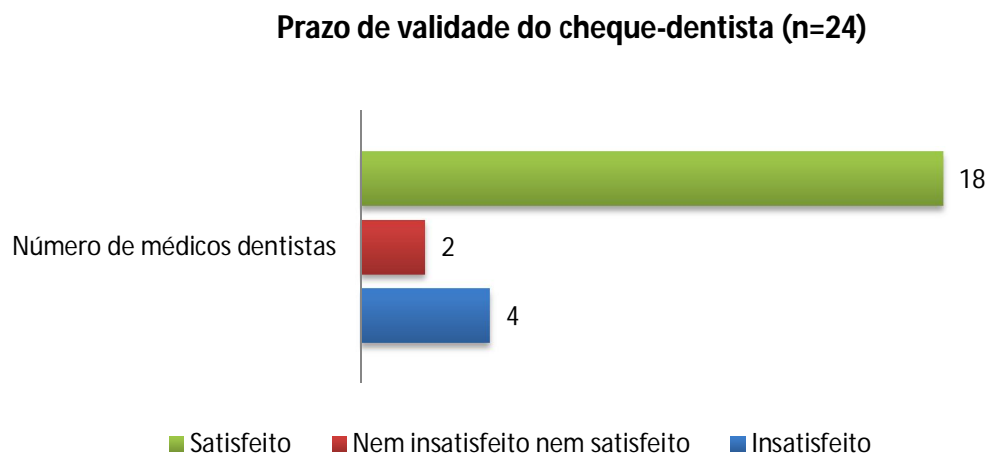
O nível de satisfação na realização pessoal e profissional está dentro do grau de satisfeito. Quando comparado com a média o que se verifica é que este está inserido no grau de neutralidade, ou seja, nem insatisfeito nem satisfeito.

Gráfico 15 – Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao tempo que a ARS leva a pagar



No que diz respeito ao tempo que a ARS leva a pagar ao médico-dentista ou à clínica, como se observa é o grau de satisfeito que prevalece. Já quando analisada a média é o grau de satisfação neutro que prevalece.

Gráfico 16 – Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa ao prazo de validade do cheque-dentista



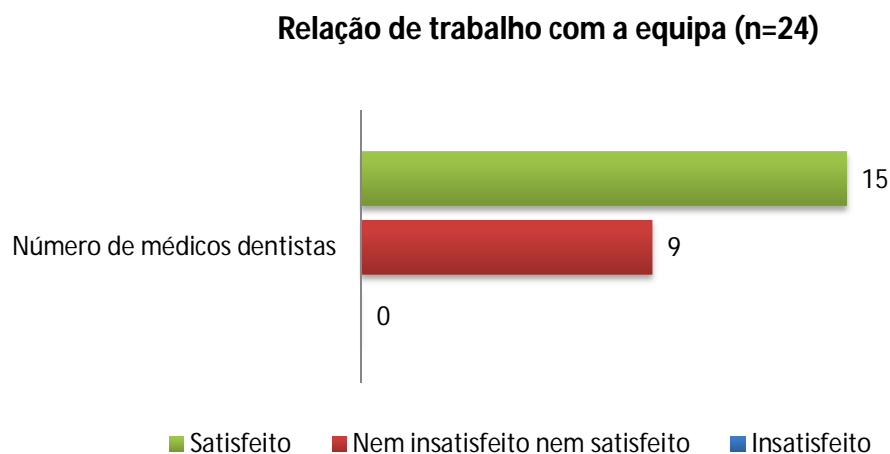
Analisando o prazo de validade do cheque-dentista conclui-se que é o grau de satisfeito aquele que predomina. Já quando avaliada a média verifica-se que é o grau neutro, nem insatisfeito nem satisfeito que é dado a esta dimensão.

Gráfico 17 – Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa à relação estabelecida com o paciente



Quanto à relação estabelecida com o paciente o nível de satisfação encontra-se no grau de satisfeito. Quando comparado com a média o que se verifica é que este está inserido no grau de neutralidade, ou seja, nem insatisfeito nem satisfeito.

Gráfico 18 – Distribuição pelos vários graus de satisfação relativa à relação de trabalho com a equipa



No que se refere à relação de trabalho com a equipa verifica-se que é o grau de satisfeito que predomina e que não existe nenhum MD insatisfeito. Quando analisada a média, verifica-se que é no grau de satisfação neutro que existe maior número de MD.

Relativamente às várias dimensões consideradas relevantes para o trabalho com o cheque-dentista, a ordem de importância motivacional vem descrita no quadro nº 12. Era pedido que não repetissem os números numa escala de 1 a 8 mas nem todos respeitaram essa premissa, no entanto como a amostra é pequena optou-se por apresentar os resultados da totalidade de respondentes ao questionário. De notar que 1 = mais importante e 8 = menos importante.

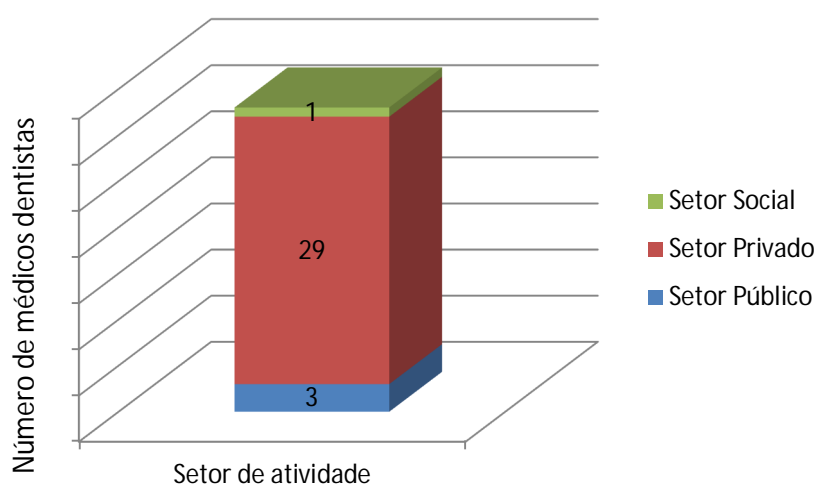
Quadro 12 – Soma, média e desvio-padrão por dimensão relevante para o trabalho com o cheque-dentista.

DIMENSÃO	N	SOMA*	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
Relação Profissional Paciente	24	65	2,71	1,73
Realização Pessoal e Profissional	24	82	3,42	1,89
Autonomia e Poder	24	88	3,67	2,14
Condições de Trabalho e Saúde	24	93	3,88	1,87
Relação Trabalho	24	116	4,83	1,95
Remuneração	24	117	4,88	1,96
Segurança Profissional	24	135	5,63	1,86
Status/Prestígio	24	144	6	2,02

*com valor mínimo 24 e máximo 192

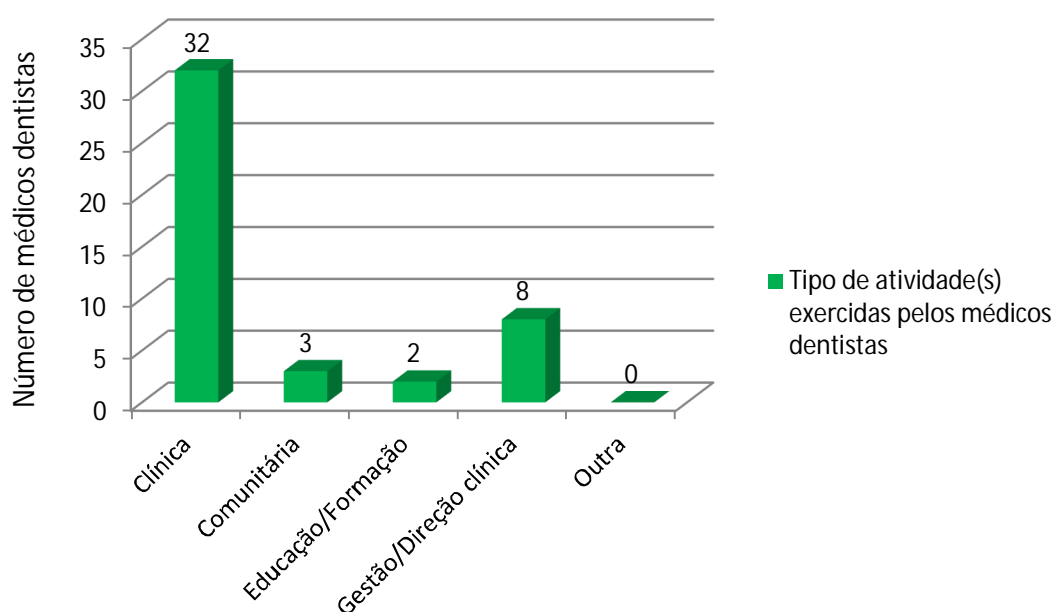
Através da análise aos resultados obtidos verifica-se que os médicos-dentistas consideram como mais importante, em termos motivacionais, a relação profissional/paciente (2,71) logo seguida da realização pessoal e profissional (3,42) e autonomia e poder (3,67). Já na escala oposta, ou seja, o menos importante é o status/prestígio (6) e a segurança profissional (5,63).

Gráfico 19 – Número de médicos-dentistas por setor de atividade (n=32)



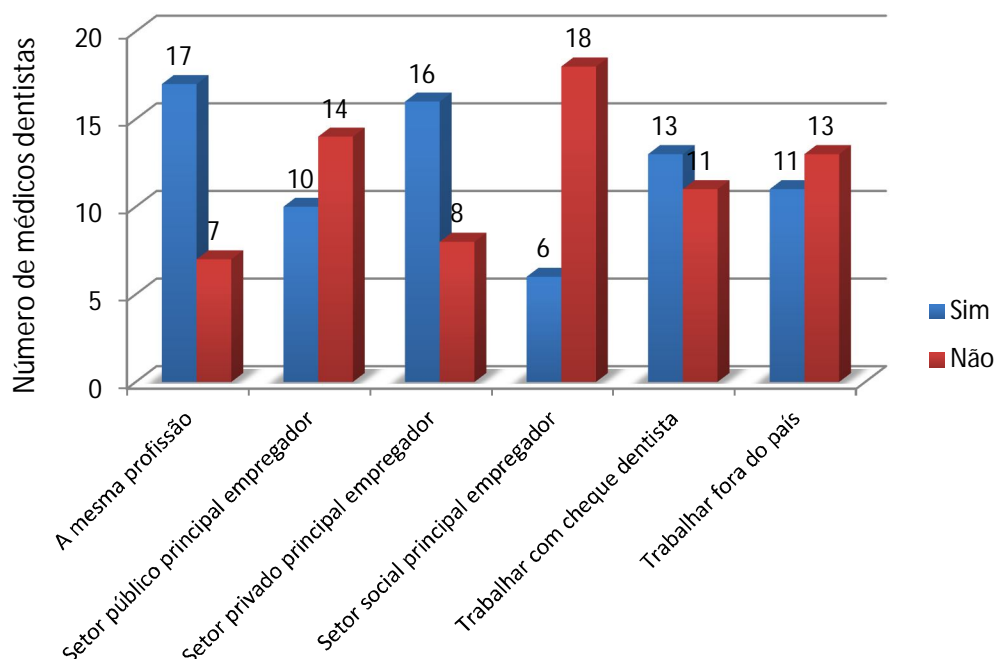
A esta questão responderam um total de 32 médicos dentistas. Como se observa é o setor privado que emprega quase exclusivamente os médicos-dentistas que trabalham com cheque-dentista (90,6%), seguido do setor público (9,4%) e o setor social apenas emprega um médico-dentista (3,1%).

Gráfico 20 – Tipo de atividade(s) exercidas pelos médicos-dentistas (resposta múltipla) (n=32)



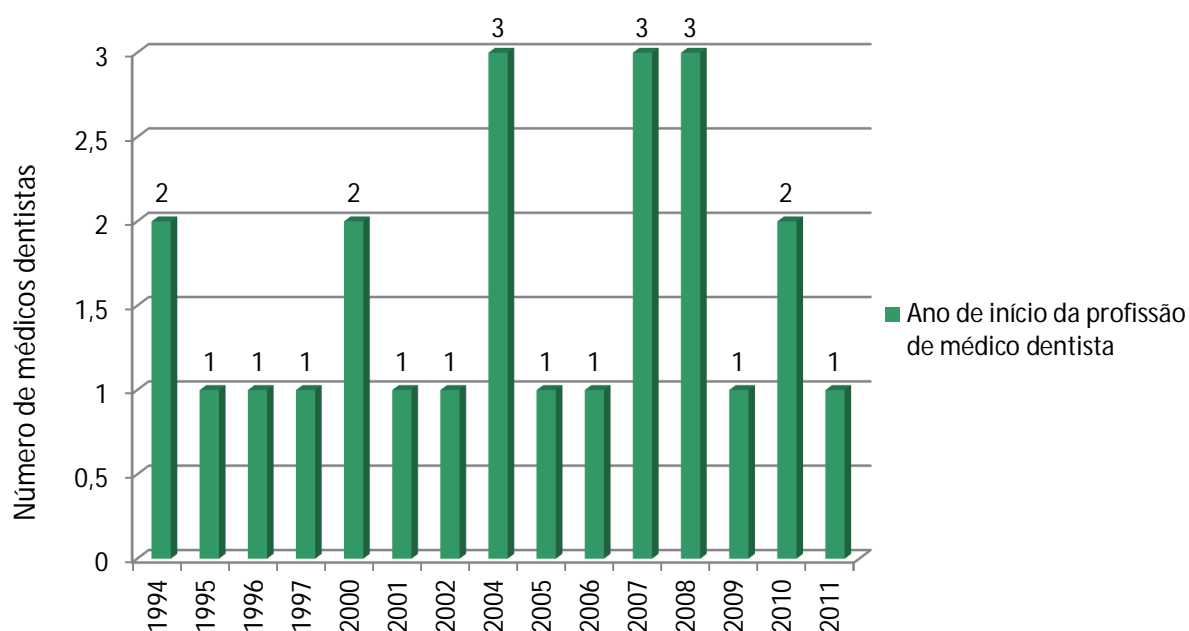
Como se pode verificar, a totalidade dos médicos-dentistas inquiridos exercem atividade clínica. A atividade que surge em segundo lugar é a de gestão/direção clínica (25%), em terceiro a comunitária (9,4%) e por último a educação/formação (6,2%).

Gráfico 21 – Número de respostas afirmativas ou negativas consoante a afirmação partindo do pressuposto “se tivesse de começar tudo de novo” (n=24)



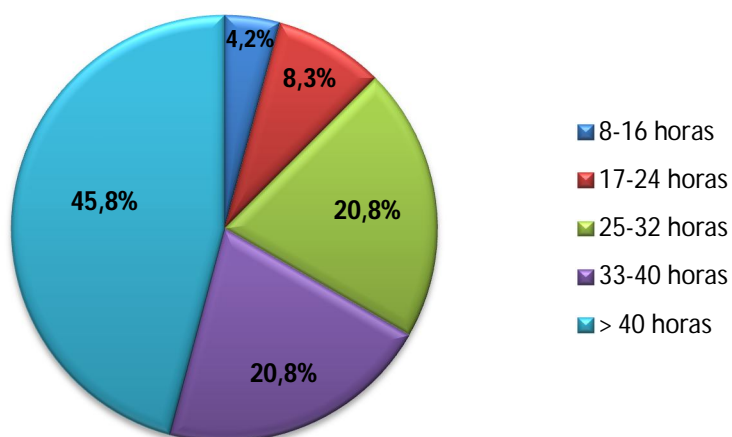
Dos resultados verificados à pergunta número 10 (“Se tivesse liberdade ou oportunidade de começar tudo de novo, hoje escolheria decididamente...”), verificou-se que entre os 24 respondentes 17 escolheriam, sem hesitação, a mesma profissão. Relativamente à hipótese de escolha de trabalhar com cheque-dentista, nota-se que em 24 respondentes 11 optariam por não trabalhar com cheque-dentista contrariamente ao que fazem atualmente os inquiridos escolheriam esta hipótese, os restantes 11 optariam por não trabalharem com cheque-dentista contrariamente ao que fazem atualmente. Já na questão relativa a trabalhar fora do país, 11 dos respondentes dizem que optariam por fazê-lo, se tivessem oportunidade, enquanto que os restantes 13 referem que não. Por outro lado, é interessante verificar que o setor privado como principal empregador foi a opção que 16 respondentes selecionaram e que 18 dos inquiridos não queria que o setor social fosse o seu principal empregador. Quanto ao setor público apenas 10 inquiridos afirmam que queriam que fosse o seu principal empregador.

Gráfico 22 – Ano de início da profissão (n=24)



Da amostra dos 24 médicos-dentistas, verifica-se que é nos anos de 2004, 2007 e 2008 que mais profissionais começaram a exercer a sua profissão. Logo de seguida nos anos de 1994, 2000 e 2010, tendo nos restantes anos apresentados, apenas um profissional iniciado a sua carreira.

Gráfico 23 – Número de horas semanais de desempenho da profissão (n=24)



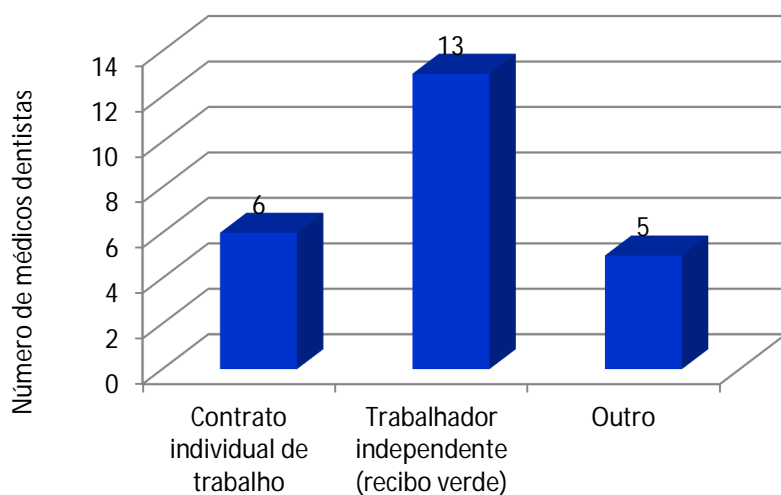
Como se verifica através do gráfico circular, 45,8% (11) dos médicos dentistas trabalham mais de 40 horas por semana, com a mesma percentagem encontram-se o número de horas entre as 33-40 e 25-32 horas, 20,8% (5), entre as 17-24 estão 8,3% (2) e apenas 4,2% (1) trabalham 8-16 horas.

Quadro 13 - Número de horas de trabalho semanal no âmbito do cheque-dentista (n=24)

Nº Horas Semanais	N	%
1	2	8,3
2	1	4,2
3	3	12,5
4	5	20,8
5	3	12,5
6	1	4,2
8	2	8,3
10	2	8,3
12	1	4,2
15	1	4,2
16	2	8,3
40	1	4,2
Total	24	100,0

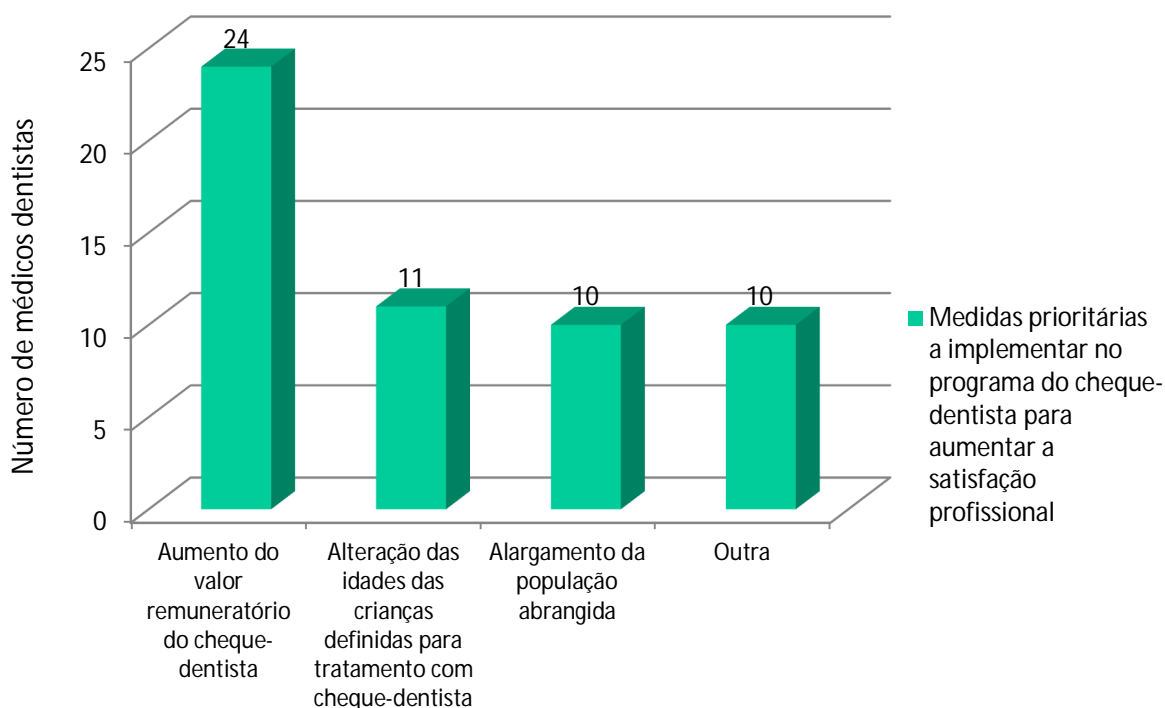
Na amostra de 24 médicos dentistas, o número de horas que estes dedicam ao tratamento de pacientes com cheque-dentista é muito variável, desde 1 hora semanal a 40 horas semanais. O número de horas mais frequente são 4 (20,8%), logo seguido de 3 e 5 horas semanais (12,5%).

Gráfico 24 – Tipo de vínculo com entidade patronal (n=24)



Como se pode verificar, 13 médicos-dentistas (54,2%) mantêm vínculo com a entidade patronal através de recibo verde, ou seja, como trabalhadores independentes. Apenas 6 (25%) têm contrato individual de trabalho enquanto 5 (20,9%) referem outro tipo de vínculo à entidade patronal.

Gráfico 25 – Medidas prioritárias a implementar de forma a aumentar a satisfação profissional do médico dentista no âmbito do cheque-dentista (resposta múltipla) (n=24)



Da amostra que respondeu ao questionário, a totalidade dos respondentes referiram a necessidade do aumento do valor remuneratório do cheque-dentista. Quanto às restantes medidas apresentadas, 11 médicos dentistas confirmam que a alteração das idades das crianças definidas para tratamento com cheque-dentista e 10 que o alargamento da população abrangida fariam com que a sua satisfação profissional aumentasse. Das medidas que os 10 médicos dentistas referem como outra destaca-se a maior autonomia que deveria ser dada ao médico dentista para efetuar o plano de tratamento de cada paciente consoante as suas necessidades e sem restrições impostas pelo cheque-dentista.

É importante agora conhecer e analisar as respostas dadas à questão nº 6, na qual era pedido que os MD referissem o seu grau de satisfação profissional face aos vários itens numa escala de 1 (totalmente insatisfeito) a 7 (totalmente satisfeito); bem como as respostas à questão nº 7 em que era-lhes pedido que colocassem por ordem de importância motivacional (1 = mais importante; 8 = menos importante), as várias dimensões relevantes para o trabalho no âmbito do cheque-dentista.

Quadro 14 – Comparação entre importância dada às várias dimensões da satisfação profissional e a satisfação experienciada no âmbito do cheque-dentista

DIMENSÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL GERAL/CHEQUE-DENTISTA	GRAU DE IMPORTÂNCIA E NÍVEL DE SATISFAÇÃO
Relação Profissional/Paciente <ul style="list-style-type: none"> • Tempo médio de consulta • Relação estabelecida com paciente 	2,71 – considerada a mais importante 4,08 - neutro 4,92 – neutro, muito próximo de satisfeito
Realização Pessoal e Profissional <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento do seu trabalho • Realização pessoal e profissional 	3,42 – 2º lugar 3,92 – insatisfeito, muito próximo de neutro 4,33 - neutro
Autonomia e Poder <ul style="list-style-type: none"> • Nº tratamentos permitidos efetuar • Autonomia na decisão do tratamento a efetuar • Idades definidas para tratamento 	3,67 – 3º lugar 2,62 – muito insatisfeito 3,63 - insatisfeito 4,13 - neutro
Condições de Trabalho e Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Stress profissional • Prazo de validade do cheque-dentista 	3,88 – 4º lugar 3,75 - insatisfeito 4,79 – neutro, muito próximo de satisfeito
Relação de Trabalho <ul style="list-style-type: none"> • Relação de trabalho com a equipa 	4,83 – 5º lugar 4,92 - neutro, muito próximo de satisfeito
Remuneração <ul style="list-style-type: none"> • Valor remuneratório cheque-dentista • Tempo que a ARS leva a pagar 	4,88 – 6º lugar 2,13 - muito insatisfeito 4,54- neutro, próximo de satisfeito
Segurança Profissional <ul style="list-style-type: none"> • Estabilidade profissional 	5,63 – 7º lugar 3,04 - insatisfeito
Status/Prestígio <ul style="list-style-type: none"> • Prestígio 	6 – 8º lugar 3,17 - insatisfeito

A dimensão da satisfação profissional que foi considerada como mais importante pela amostra é relação profissional /paciente - dimensão esta onde se inserem também as duas dimensões que foram questionadas aquando da satisfação profissional com o cheque-dentista, tempo médio de consulta e relação estabelecida com paciente, são das que obtiveram maior grau de satisfação demonstrando que estão em concordância a importância dada a cada dimensão com aquilo que experienciam no dia-a-dia. Já em relação à dimensão status/prestígio que foi considerada como menos importante, a amostra refere insatisfação mas não é a dimensão com a qual estão mais insatisfeitos.

Interessa agora observar se a variável dependente segue uma distribuição normal, pois da análise da normalidade desta variável depende a escolha e utilização posterior de determinados testes estatísticos. Para tal, utilizamos o teste Shapiro-Wilk em situações de amostras mais pequenas. Estes testes permitem testar a hipótese nula da distribuição de cada grupo ser Normal, e consequentemente vai-nos interessar que o valor **p** obtido seja grande para a hipótese de normalidade não ser rejeitada. Em termos práticos, sempre que **p**>0,05 então podemos assumir que os dados poderão ter distribuição Normal (Aguar, 2007).

O valor encontrado na aplicação do teste de Shapiro-Wilk para a variável score médio da satisfação é de $p = 0,13$, ou seja, considera-se, assim, que a variável dependente apresenta uma distribuição normal.

Quadro 15 – Teste t-Student para a satisfação nas várias dimensões por género

DIMENSÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	SEXO FEMININO		SEXO MASCULINO		t	P
	MÉDIA	DESVIO - PADRÃO	MÉDIA	DESVIO - PADRÃO		
Idades definidas para tratamento	4,44	1,09	3,50	1,60	-1,69	0,104
Nº tratamentos permitidos efetuar	2,69	0,95	2,50	1,51	-0,37	0,712
Valor remuneratório cheque-dentista	2,50	1,21	1,37	0,74	-2,40	0,026
Tempo que a ARS leva a pagar	4,12	1,63	5,37	1,41	1,85	0,078
Autonomia na decisão do tratamento a efetuar	3,50	1,32	3,87	2,03	0,55	0,0589
Realização pessoal e profissional	4,31	1,58	4,37	1,30	0,09	0,924
Reconhecimento do seu trabalho	3,94	1,57	3,87	1,64	-0,09	0,929
Tempo médio de consulta	3,87	0,96	4,50	0,93	1,52	0,142
Prazo de validade do cheque-dentista	4,69	1,19	5,00	1,19	0,60	0,552
Relação estabelecida com paciente	5,00	1,21	4,75	1,28	-0,47	0,644
Relação de trabalho com a equipa	4,94	0,85	4,87	0,83	-0,17	0,866
Stress profissional	3,62	1,36	4,00	1,51	0,61	0,545
Prestígio	3,37	1,31	2,75	1,49	-1,05	0,303
Estabilidade profissional	2,87	1,41	3,37	0,74	0,93	0,360
TOTAL	3,85	0,65	3,87	0,56	0,066	0,948

A análise relativa à variável género e satisfação profissional foi efetuada recorrendo à aplicação do *Teste t de Student* para grupos independentes. Os resultados podem ser observados no quadro nº 15. Verifica-se que as diferenças encontradas no total não são estatisticamente significativas ($t= 0,066$; $p=0,948$), uma vez que $p>0,05$, constata-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre o valor da satisfação profissional consoante o género, no entanto verifica-se que no valor remuneratório do cheque-dentista o valor de $p=0,026$, logo $p<0,05$ o que significa que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros nesta dimensão da satisfação profissional com o cheque-dentista.

Na análise por dimensões, podemos verificar que o sexo feminino se encontra mais satisfeito em sete das catorze dimensões: idades definidas para o tratamento; número de tratamentos permitidos efetuar; valor remuneratório do cheque-dentista; reconhecimento do seu trabalho; relação estabelecida com paciente; relação de trabalho com a equipa e prestígio. O sexo masculino encontra-se mais satisfeito nas restantes sete dimensões.

Quadro 16 – Análise de correlação de Spearman entre a satisfação nas várias dimensões por grupo etário

DIMENSÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	Grupo etário	
	R_s	P
Idades definidas para tratamento	0,267	0,208
Nº tratamentos permitidos efetuar	0,237	0,265
Valor remuneratório cheque-dentista	0,443	0,030
Tempo que a ARS leva a pagar	0,131	0,542
Autonomia na decisão do tratamento a efetuar	-0,068	0,754
Realização pessoal e profissional	0,074	0,731
Reconhecimento do seu trabalho	0,170	0,426
Tempo médio de consulta	-0,023	0,916
Prazo de validade do cheque-dentista	-0,291	0,168
Relação estabelecida com paciente	0,030	0,890
Relação de trabalho com a equipa	-0,248	0,242
Stress profissional	0,077	0,720
Prestígio	0,125	0,559
Estabilidade profissional	0,349	0,095
TOTAL	0,237	0,265

A análise relativa à variável grupo etário e satisfação profissional foi efetuada recorrendo à aplicação da análise de correlação de Spearman (R_s). Os resultados podem ser observados no quadro nº 16. Como se pode verificar o coeficiente de correlação total é de 0,237 encontrando-se muito próximo de zero indicando que não existe associação entre as duas variáveis.

Quadro 17 – Análise de correlação de Spearman entre a satisfação nas várias dimensões por anos de profissão

DIMENSÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	Anos de profissão	
	R_s	P
Idades definidas para tratamento	0,269	0,205
Nº tratamentos permitidos efetuar	0,243	0,254
Valor remuneratório cheque-dentista	0,103	0,632
Tempo que a ARS leva a pagar	0,051	0,814
Autonomia na decisão do tratamento a efetuar	-0,214	0,315
Realização pessoal e profissional	-0,188	0,378
Reconhecimento do seu trabalho	-0,190	0,375
Tempo médio de consulta	-0,081	0,707
Prazo de validade do cheque-dentista	-0,250	0,239
Relação estabelecida com paciente	0,10	0,641
Relação de trabalho com a equipa	-0,047	0,827
Stress profissional	-0,113	0,597
Prestígio	-0,105	0,627
Estabilidade profissional	0,144	0,503
TOTAL	-0,042	0,844

A análise relativa à variável anos de profissão e satisfação profissional foi efetuada recorrendo também à aplicação da análise de correlação de Spearman (R_s). Os resultados podem ser observados no quadro nº 17. Como se pode verificar o coeficiente de correlação total é de -0,042 encontrando-se muito próximo de zero indicando que não existe associação entre as duas variáveis.

Quadro 18 – Análise de correlação de Spearman entre a satisfação nas várias dimensões por número de horas de trabalho semanais

DIMENSÃO DA SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	Número de horas de trabalho semanais	
	R_s	P
Idades definidas para tratamento	0,012	0,957
Nº tratamentos permitidos efetuar	0,067	0,757
Valor remuneratório cheque-dentista	0,169	0,430
Tempo que a ARS leva a pagar	-0,130	0,546
Autonomia na decisão do tratamento a efetuar	0,220	0,302
Realização pessoal e profissional	0,147	0,493
Reconhecimento do seu trabalho	0,156	0,468
Tempo médio de consulta	0,235	0,270
Prazo de validade do cheque-dentista	0,081	0,707
Relação estabelecida com paciente	-0,326	0,119
Relação de trabalho com a equipa	-0,237	0,265
Stress profissional	-0,123	0,567
Prestígio	-0,030	0,890
Estabilidade profissional	0,225	0,289
TOTAL	0,10	0,641

A análise relativa à variável número de horas de trabalho semanais e satisfação profissional foi efetuada recorrendo também à aplicação da análise de correlação de Spearman (R_s). Os resultados podem ser observados no quadro nº 18. Como se pode verificar o coeficiente de correlação total é de 0,1 indicando que não existe associação entre as duas variáveis.

DISCUSSÃO

Neste estudo, verificamos que a amostra é composta por 16 médicos dentistas do género feminino (66,7%) e 8 médicos dentistas do género masculino (33,3%). Existe, pois, um predomínio do sexo feminino, que é consistente com dados da OMD segundo os quais, da totalidade de médicos dentistas inscritos, 57% pertencem ao género feminino e 43% pertencem ao género masculino (OMD, 2013).

Dados relativos à distribuição destes profissionais por grupo etário neste estudo revelaram que é no grupo etário dos 30-39 anos de idade que existe maior número de médicos dentistas correspondendo a 62,4%. Segundo dados da OMD, a média etária geral é de 37,63 anos estando dentro do intervalo com maior número de médicos dentistas do estudo. Os intervalos dos grupos etários da informação disponibilizada pela OMD são diferentes dos utilizados para este estudo, uma vez que apenas englobam 5 anos e os do estudo englobam 10 anos. Segundo a OMD no intervalo dos 20-25 anos existem 544 médicos dentistas, dos 26-30 anos existem 1574 médicos dentistas, dos 31-35 anos existem 1528 e dos 36-40 anos existem 1502 médicos dentistas, dos 41-45 anos já só existem 985 médicos dentistas, sendo que a partir deste grupo etário o número é sempre decrescente (OMD, 2013). Ao somarmos o número de médicos dentistas nos dois grupos etários dos 31-35 e 36-40 anos percebemos que tal como no estudo efetuado são o grupo etário com maior número de profissionais.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), desde 2008 houve uma evolução quase sempre crescente na utilização do cheque-dentista por parte das populações abrangidas. No ano de 2012 as grávidas utilizaram 71.219 cheques-dentista, correspondendo a uma taxa de utilização de 84%. Já a população idosa no mesmo ano utilizou 8.085 cheques-dentista, correspondendo a uma taxa de utilização de 89%. As crianças e jovens no mesmo ano utilizaram 307.406 cheques-dentista, totalizando uma taxa de utilização de 97%. Já os doentes com VIH/SIDA utilizaram 503 cheques-dentista atingindo uma taxa de utilização de 86% (Ministério da Saúde, 2013). Estes resultados estão de acordo com os dados recolhidos no estudo, no qual a percentagem de pacientes tratados em maior número são as crianças, seguidas das grávidas, em terceiro lugar encontram-se os idosos e por último os pacientes com VIH/SIDA.

No que respeita à relação entre satisfação profissional e género foi apenas encontrada na dimensão valor remuneratório do cheque-dentista, diferenças estatisticamente significativas ($p=0,026$), no entanto no total das dimensões não foram encontradas diferenças

estatisticamente significativas ($t=0,066$; $p=0,948$). Gonçalves (2008) verificou que o género masculino apresentou maior satisfação profissional que o género feminino, nomeadamente nos domínios nos quais se verificaram resultados estatisticamente significativos, sendo eles: o apoio da hierarquia; reconhecimento do trabalho realizado; condições físicas de trabalho e satisfação com a profissão. Já Luzzi e Spencer (2011) verificaram que as diferenças demonstradas entre género revelaram-se apenas nas dimensões relação com os colegas e responsabilidades administrativas, nas quais o género feminino se encontrava mais satisfeito que o masculino.

Já em relação à correlação entre a satisfação profissional e o grupo etário conclui-se que não existe associação entre as duas variáveis ($R_s=0,237$). No estudo de Gonçalves (2008) verificou-se que quanto maior a idade, maior o nível de satisfação profissional. Luzzi et al. (2005) relataram que o grupo que refere maior satisfação profissional é o dos 55 ou mais anos seguido do grupo dos 25 aos 34 anos de idade. O grupo que experiencia menor satisfação profissional é dos 45 aos 54 anos. Puriene et al., (2008) verificou que o aumento da idade tem um impacto positivo na satisfação profissional, cada ano adicional na idade aumenta em 2% a possibilidade do MD estar satisfeito ou absolutamente satisfeito com a prática de medicina dentária. Luzzi e Spencer (2011) concluíram que são os MD com 55 anos ou mais que reportam maiores níveis de satisfação profissional que a faixa etária dos 23 aos 34 e 35 aos 44 anos de idade.

Na análise de correlação feita entre a satisfação profissional e a variável anos de profissão verificou-se não existir associação entre as duas variáveis ($R_s= -0,042$). Gonçalves (2008) verificou que quanto maior o número de anos de exercício da profissão maior o nível de satisfação profissional.

Na análise relativa à variável número de horas de trabalho semanais e a satisfação profissional também se concluiu que não existe associação entre as duas variáveis ($R_s = 0,1$). No estudo 45,8% dos médicos dentistas refere que trabalha mais de 40 horas por semana, podendo ser um motivo de menor satisfação profissional. No estudo de Fahim (2013), os médicos dentistas trabalham cerca de 48h por semana, já Shugars et al. (1990) refere que os médicos dentistas trabalham 34 horas por semana e Wells e Winter (1999) reportam um horário semanal de 34,4 horas.

Como apenas se conseguiu comprovar diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à relação entre satisfação profissional e género na dimensão valor remuneratório do cheque-dentista, tentou-se perceber se haveria também alguma relação entre a satisfação profissional e se o MD voltaria a escolher a profissão, se escolheria trabalhar com cheque-dentista e o tipo de vínculo profissional, no entanto nenhuma das relações foi comprovada. Parece haver alguma relação entre a escolha da profissão e o stress experienciado ao tratar pacientes com cheque-dentista ($p=0,04$), no entanto serão necessários mais estudos para comprovar esta relação.

À pergunta se escolheria novamente a mesma profissão, 70,83% dos médicos dentistas da amostra referem que sim que escolheriam a mesma profissão. Gilmour (2005) constatou que 53,6% dos MD rejeitam a hipótese de mudança de profissão.

O facto de não se ter conseguido provar nenhuma das relações que foi proposta neste trabalho de investigação prende-se com as limitações inerentes a um estudo deste tipo sobretudo na taxa de resposta ao questionário, não havendo forma de fazer follow-up uma vez que o questionário era anónimo. Sendo o questionário anónimo, não é possível determinar com precisão as diferenças entre respondentes e não-respondentes.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este estudo teve como principal objetivo conhecer o grau de satisfação profissional dos médicos dentistas no âmbito da utilização do cheque-dentista no concelho de Lisboa.

Em Portugal apenas foi realizado um estudo sobre satisfação profissional a médicos dentistas no ano de 2008. Conclui-se que nas várias vertentes da satisfação profissional o género masculino apresenta maior satisfação profissional que o género feminino, bem como, quanto maior a idade, maior o nível de satisfação profissional assim como o número de anos de exercício da profissão (Gonçalves, 2008).

Esta investigação consistiu num estudo de carácter descritivo, transversal e correlacional, com uma abordagem quantitativa, cujo alvo foram os médicos dentistas que trabalham com cheque-dentista no concelho de Lisboa. Tendo obtido uma amostra de 24 médicos dentistas os resultados mais significativos foram os seguintes: relativamente à satisfação profissional em geral nas várias dimensões questionadas, verifica-se que é a relação profissional/paciente que os médicos dentistas consideram como mais importante (tal como nos estudos de Jeong et al., 2006; Luzzi e Spencer, 2011; Fahim, 2013), logo seguida da realização pessoal e profissional. Como menos importante os médicos dentistas referiram o status/prestígio e a segurança profissional.

Já no campo da satisfação profissional no âmbito específico do cheque-dentista avaliou-se a satisfação profissional numa escala de 1 a 7, concluiu-se que mais próximo do grau de satisfeito se encontra a relação estabelecida com o paciente assim como a relação de trabalho com a equipa, estando estas duas dimensões com valores abaixo de 5, ou seja, dentro do grau neutro que foi o grau de satisfação mais elevado referenciado pela amostra. No grau de satisfação mais baixo, de total insatisfação encontra-se o número de tratamentos que são permitidos efetuar em cada cheque-dentista (2,62) e um último lugar encontra-se o valor remuneratório do cheque-dentista (2,13).

No que diz respeito às correlações entre satisfação profissional e as variáveis idade, tempo de exercício da profissão e número de horas trabalhadas por semana, utilizando os diferentes testes estatísticos, não se conseguiu provar a existência de associação entre elas. No género apenas se conseguiu comprovar a existência de diferenças estatisticamente significativas na

dimensão do valor remuneratório do cheque-dentista ($p=0,026$), no qual as mulheres se encontram mais satisfeitas que os homens.

Este trabalho pretendeu conhecer o nível de satisfação profissional experienciado pelos médicos dentistas atualmente ao trabalharem com cheque-dentista para que seja um ponto de partida para a realização de futuras pesquisas e cooperação na procura do conhecimento nesta área ainda pouco explorada.

Como recomendações sugeria que, tal como é referido na lei de bases da saúde, a satisfação profissional seja valorizada e monitorizada pelo SNS já que é um dos quatro critérios de avaliação periódica do mesmo, proporcionando uma maior satisfação aos médicos dentistas que trabalham com o cheque-dentista, tendo como “pano de fundo” a excelência dos cuidados prestados, pois, só com a participação e o envolvimento de todos, as organizações poderão caminhar rumo ao sucesso.

Ficam também aqui, reforçadas, as sugestões dos inquiridos, relativamente aos fatores que poderiam e deveriam aumentar a sua satisfação profissional com o cheque dentista: (i) a necessidade do aumento do valor remuneratório do cheque-dentista; (ii) a alteração das idades das crianças definidas para tratamento com cheque-dentista; (iii) o alargamento da população abrangida pelo cheque-dentista; e ainda (iv) a maior autonomia a ser dada ao médico dentista para efetuar o plano de tratamento de cada paciente consoante as suas necessidades e sem as restrições impostas pelo cheque-dentista.

Proponho a realização de outros estudos avaliando a satisfação profissional dos médicos dentistas na vertente do cheque-dentista mas a nível nacional, com uma amostra mais robusta, e com outros meios (humanos, técnicos, logísticos e financeiros) a que eu naturalmente não poderia ter a veleidade de ter acesso na realização deste trabalho académico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, P. - Bioestatística em Investigação Epidemiológica: Aplicações em SPSS. Lisboa, 2007

AGUIAR, P. - O que é um plano de operacionalização de variáveis e qual a sua importância numa investigação de saúde? [Em linha]. Lisboa: Eurotrials, Scientific consultants, SA, 2006. [Consult. 3 Fev. 2014]. Disponível em http://www.eurotrials.com/wp-content/uploads/2014/02/Gauss_6A.pdf

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION - History of Dentistry Timeline. [Em linha]. Chicago: American Dental Association, 2014. [Consult. 3 Jan. 2014]. Disponível em <http://www.ada.org/en/about-the-ada/ada-history-and-presidents-of-the-ada/ada-history-of-dentistry-timeline>

BORNMANN, L. - The Hawthorne effect in journal peer review. [Em linha]. Scientometrics. 91 (2012) 857–862. [Consult. 1 Jun. 2014]. Disponível em <http://www.lutz-bornmann.de/icons/Hawthorne.pdf>

CIRCULAR NORMATIVA nº 01/DSE. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. 18 de Janeiro de 2005. [Consult. 9 Out. 2013]. Disponível em <http://www.dgs.pt/pagina.aspx?js=0&codigono=60766101AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>

CIRCULAR NORMATIVA nº 02/DSPPS/DCVAE. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: Normalização de procedimentos. 2009 [Consult. 9 Out. 2013]. Disponível em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-02dsppsdcae-de-09012009.aspx>

CIRCULAR NORMATIVA nº 05/DSE. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral
Termos de Referência para a Contratualização em 2007. 15 de Fevereiro de 2007.

CIRCULAR NORMATIVA nº 7/DSE. Programa Nacional de Saúde Escolar. 29 de Junho de 2006. [Consult. 9 Out. 2013]. Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fcircular-normativa-n-07dse-de-29062006->

pdf.aspx&ei=h0fGU5OgOcfD0QXC1ICwCQ&usg=AFQjCNFrnQaVWaAiKnDIWtABJXRrP9IIFA&sig
2=NSLGyyfknndrBYlqmuFkow

CHIESA, M.; HOBBS, S.- Making sense of social research: How useful is the Hawthorne Effect?
European Journal of Social Psychology. 38 (2008) 67–74.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Saúde para todos no ano 2000. [Em linha]. Conferência
Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Cazaquistão, 1978. [Consult. 2 Out. 2013].
Disponível em http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Alma-Ata.htm

DECRETO-LEI nº 282/75. D.R. Iª Série. 130 (06-06-75) 788. Cria a Escola Superior de Medicina
Dentária de Lisboa.

DECRETO-LEI nº 368/76. D.R. Iª Série. 114 (15-06-76) 1103-1104. Cria a Escola Superior de
Medicina Dentária do Porto.

DESPACHO nº 787/2007. D.R IIª Série. 11 (16-01-07) 1254-1255.

DESPACHO nº 7402/2013. D.R IIª Série. 110 (7-06-13) 18631.

DESPACHO nº 4324/2008. D.R IIª Série. 35 (19-02-08) 6497-6498.

DIRETIVA nº 2005/36/CE. L255 (30-09-2005) 115-117 - Relativa ao reconhecimento das
qualificações profissionais.

EMANUEL, E.J.; FUCHS, V. R. - A comprehensive cure: universal health care vouchers. [Em
linha]. Brookings Institution, 2007. [Consult. 11 Jan. 2014]. Disponível em
[http://www.brookings.edu/~media/research/files/papers/2007/7/useconomics%20emanuel/
200707emanuel_fuchs.pdf](http://www.brookings.edu/~media/research/files/papers/2007/7/useconomics%20emanuel/200707emanuel_fuchs.pdf)

FAHIM, A. - Predictors of job satisfaction among practicing dentists at hospitals in sues canal
area, Egypt. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health. 26:1
(2013) 49 – 57.

GAURI, V., VAWDA, A. - Vouchers for basic education in developing countries: a principal-agent perspective. [Em linha]. World Bank Publications, 2003. [Consult. 3 Nov. 2013]. Disponível em http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSCContentServer/WDSP/IB/2003/04/23/000094946_03040404262855/Rendered/PDF/multi0page.pdf

GILMOUR, J.; STEWARDSON, D. A.; SHUGARS, D. A.; BURKE, F. J. T. - An assessment of career satisfaction among a group of general dental practitioners in Staffordshire. *British Dental Journal*. 198 (2005) 701–704.

GOETZ, K.; CAMPBELL, S.M.; BROGE, B.; DORFER, C.E.; BRODOWSKI, M.; SZECSENYI, J. - The impact of intrinsic and extrinsic factors on the job satisfaction of dentists. *Community Dental and Oral Epidemiology*. 40 (2012) 474-480.

GONÇALVES, A. - Bem-estar pessoal e satisfação profissional em profissionais de saúde oral. [Em linha]. Instituto superior de psicologia aplicada, 2008. [Consult. 3 Nov. 2013]. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/559/1/DM%20GONC-AG1.pdf>

GRAÇA, L. – A Satisfação Profissional dos Médicos de Família no SNS. Lisboa: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Relatório de investigação. 2006. Policopiado.

GRAÇA, L. - Estrutura de uma dissertação de mestrado /trabalho de projeto/relatório de investigação. Lisboa : Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. UNL, 2012.

GRAÇA, L. – Guião para o desenho de um projeto de investigação. Lisboa : Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. UNL, 2010.

GRAÇA, L. - Questionário de satisfação profissional 2008 - médicos. Escola Nacional de Saúde Pública e Ordem dos Médicos de Cabo Verde. 2008.

JEONG, S-H; CHUNG, J-K; CHOI, Y-H; SOHN W.; SONG K-B - Factors related to job satisfaction among South Korean dentists. *Community Dental Oral Epidemiology*. 34 (2006) 460-466.

LEI nº 48/90. D.R. Iª Série. 195 (24-08-1990) 3452-3459 - Lei de bases da saúde.

LEI n.º 27/2002. D.R. Iª Série. 258 (08-11-2002) 7150-7154 - Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

LEI n.º 110/91. D.R. Iª Série-A. 198 (29-08-1991) 4478-4490 – Criação da Associação Profissional dos Médicos Dentistas.

LEI n.º 82/98. D.R. Iª Série-A. 284 (10-12-1998) 6726-6731 - Altera o Estatuto da Associação Profissional dos Médicos Dentistas, aprovado pela Lei n.º 110/91.

LEI n.º 44/03. D.R. Iª Série-A. 193 (22-08-2003) 5373-5390 - Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Médicos Dentistas, aprovado pela Lei n.º 110/91, com a redacção introduzida pela Lei n.º 82/98.

LUZZI, L.; SPENCER, AJ. - Job satisfaction of the oral health labour force in Australia. Australian Dental Journal. 56 (2011) 23-32.

LUZZI, L.; SPENCER, AJ; JONES, K.; TEUSNER, D - Job satisfaction of registered dental practitioners. Australian Dental Journal. 50(3) (2005) 179-185.

MAROCO, J. - Análise estatística com utilização do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T - Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? [Em linha]. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2006. [Consult. 6 Maio 2014]. Disponível em [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf)

MARTINEZ, M.C.; PARAGUAY, A.I.B. - Satisfação e saúde no trabalho – aspetos conceituais e metodológicos. [Em linha]. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. 6 (2003) 59-78. [Consult. 3 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25851/27583>

MEYER, C.; BELLOWS, N.; CAMPBELL, N.; POTTS, M. - The Impact of Vouchers on the Use and Quality of Health Goods and Services in Developing Countries: a systematic review. [Em linha]. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London, 2011. [Consult. 11 Jan. 2014]. Disponível em <http://r4d.dfid.gov.uk/PDF/Outputs/SystematicReviews/HealthVouchers2011Meyer.pdf>

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA – Promoção e educação para a saúde: Carta de Ottawa. [Em linha]. Canadá, 1986. [Consult. 3 Out. 2013]. Disponível em <http://www.dge.mec.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96>

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Relatório Anual sobre acesso a cuidados de saúde no SNS 2012. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2013. [Consult. 4 Maio 2014]. Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/5FB93D71-8674-4061-8A22-5156F0A6214E/0/12072013_RA_Acesso_2012.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Programa nacional de promoção da saúde oral – Médicos aderentes. [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2014. [Consult. 23 Jan. 2014]. Disponível em <https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/public/proAderentes.jsp>

MINISTRY OF HEALTH - Promoting Oral Health: A toolkit to assist the development, planning, implementation and evaluation of oral health promotion in New Zealand. Wellington: Ministry of Health, 2008. [Consult. 9 Out. 2013]. Disponível em <http://www.health.govt.nz/publication/promoting-oral-health-toolkit-assist-development-planning-implementation-and-evaluation-oral-health>

ORDEM DOS MÉDICOS DENTISTAS – Os números da Ordem, Estatísticas. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos médicos dentistas, 2013. [Consult. 6 Fev. 2014]. Disponível em <http://www.ond.pt/numeros/2013>

PEREIRA, C.M.F. - Os motivos na satisfação: um estudo da motivação e satisfação dos enfermeiros do IPOFG – COC. *Enfermagem Oncológica*, (1996) 56-69.

PÉREZ-RAMOS, J. - Motivação no trabalho: abordagens teóricas. [Em linha]. *Psicologia-USP*. 1:2 (1990) 127-140. [Consult. 3 Nov. 2013]. Disponível em [https://www.google.pt/#q=P%C3%A9rez-Ramos%2C+J.+%281990%29.+Motiva%C3%A7%C3%A3o+no+trabalho%3A+abordagens+te%C3%B3ricas.+Psicologia-USP%2C+1+\(2\)%2C+127-140](https://www.google.pt/#q=P%C3%A9rez-Ramos%2C+J.+%281990%29.+Motiva%C3%A7%C3%A3o+no+trabalho%3A+abordagens+te%C3%B3ricas.+Psicologia-USP%2C+1+(2)%2C+127-140).

PORTARIA nº 917/81. D.R. 1ª Série. 234 (12-10-1981) 2700-2702 - Aprova o plano de estudos do curso da licenciatura em Medicina Dentária pela Escola Superior de Medicina Dentária de Lisboa.

PORTARIA nº 301/2009. D.R. 1ª Série. 58 (24-03-2009) 1858-1860 – Regulação do funcionamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.

PURIENE, A.; PETRAUSKIENE, J.; BALCIUNIENE, I.; JANULYE, V. - Factors related to job satisfaction among Lithuanian Dentists. Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal. 9 (2007) 109-113.

PURIENE, A.; ALEKSEJUNIENE, J.; PETRAUSKIENE, J.; BALCIUNIENE, I.; JANULYE, V. - Self-perceived mental health and job satisfaction among Lithuanian dentists. Industrial Health. 46 (2008) 247-252.

SHUGARS, DA.; DiMATTEO, MR.,; HAYS, RD.; CRETIN, S.; JOHNSON, JD. - Professional satisfaction among California general dentists. Journal of Dental Education. 54:11 (1990) 661–9.

TRIBUNAL DE CONTAS – Auditoria ao programa nacional de promoção da saúde oral. [Em linha]. Lisboa, 2009. [Consult. 2 Out. 2013]. Disponível em http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2009/audit-dgtc-rel044-2009-2s.pdf

WELLS, A.; WINTER, PA. - Influence of practice and personal characteristics on dental job satisfaction. Journal of Dental Education. 63 (1999) 805–12.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Oral Health. Fact sheet N.º 318. [Em linha]. World Health Organization, 2012. [Consult. 2 Out. 2013]. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>

ANEXOS

Anexo I – Questionário de Satisfação Profissional

Satisfação Profissional dos Médicos Dentistas no âmbito do cheque-dentista no concelho de Lisboa



Chamo-me Sílvia Rolo, sou aluna do VIII curso de Mestrado em Gestão da Saúde (2012-2014) da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Este questionário destina-se a determinar o grau de satisfação profissional dos médicos dentistas no âmbito do trabalho com o cheque-dentista no concelho de Lisboa.

As respostas dadas a este questionário permanecerão totalmente confidenciais e anónimas e destinam-se apenas ao tratamento e análise estatística do meu trabalho de investigação final.

Uma vez que não existem estudos realizados em Portugal sobre esta temática, a sua colaboração será de extrema importância para eventuais melhorias que daqui possam advir.

O questionário demora cerca de x minutos a ser preenchido.
Clique na(s) resposta(s) que achar mais adequada(s).

Muito obrigado por dedicar parte do seu precioso tempo para responder a este questionário.

Seg.

Com o apoio de [SurveyMonkey](#)
[Crie o seu próprio questionário online grátis agora!](#)

Satisfação Profissional dos Médicos Dentistas no âmbito do cheque-dentista no concelho de Lisboa



*** 1. Atualmente exerce a profissão de médico dentista?**

- ☐ Sim
☐ Não

*** 2. Trabalha com cheque-dentista?**

- ☐ Sim
☐ Não

*** 3. Trabalha com cheque-dentista no concelho de Lisboa?**

- ☐ Sim
☐ Não

*** 4. Desde que ano é médico aderente ao programa do cheque-dentista?**

- ☐ 2008
☐ 2009
☐ 2010
☐ 2011
☐ 2012
☐ 2013
☐ 2014

*5. Quais os grupos de pacientes aos quais realiza mais tratamentos através do cheque-dentista? (Indique no máximo duas opções)

- ☐ Crianças
- ☐ Grávidas
- ☐ Idosos
- ☐ Doentes com VIH/SIDA

*6. Refira o seu grau de satisfação face aos seguintes itens, na escala de 1 (totalmente não satisfeito) a 7 (totalmente satisfeito)

	1 Totalmente insatisfeito	2 Muito insatisfeito	3 Insatisfeito	4 Nem insatisfeito nem satisfeito	5 Satisfeito	6 Muito satisfeito	7 Totalmente satisfeito
1. Idades definidas para tratamento com cheque-dentista nas crianças	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Número de tratamentos que são permitidos efetuar em cada cheque-dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Valor remuneratório do cheque-dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tempo que leva a ARS de Lisboa e Vale do Tejo a efetuar o pagamento do valor do cheque-dentista ao médico ou à clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Autonomia na decisão do tratamento a efetuar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Realização pessoal e profissional ao tratar pacientes com cheque-dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Reconhecimento do seu trabalho no âmbito do cheque-dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Tempo médio de consulta para tratamento de pacientes com cheque-dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Prazo de validade do cheque-dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Relação estabelecida com os pacientes utilizadores de cheque-dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Relação de trabalho no seio da equipa de saúde oral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Stress profissional associado ao tratamento de pacientes com cheque-dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Prestígio associado ao trabalho com o cheque-dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Estabilidade profissional que se tem ao trabalhar com o programa do cheque-dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*7. Coloque por ordem de importância motivacional (1 = mais importante; 8 = menos importante), as seguintes dimensões, relevantes para o seu trabalho no âmbito do cheque-dentista (não pode repetir a pontuação).

Autonomia e Poder - Margem de liberdade que o médico dentista tem no exercício das suas funções, dentro dos constrangimentos impostos pelo cheque-dentista

Condições de Trabalho e Saúde - Ambiente físico e psicossocial de trabalho com implicações na saúde, segurança e bem estar dos médicos dentistas nos locais onde trabalham com o cheque-dentista

Realização Pessoal e Profissional - Concretização das possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional, decorrente do trabalho desenvolvido com o cheque-dentista

Relação Profissional/Paciente - Interações humanas positivas que se estabelecem entre os médicos dentistas e os pacientes

Relações de trabalho - Conjunto das relações de trabalho (hierárquicas, funcionais e cooperativas) que os médicos dentistas estabelecem com a equipa de saúde oral

Remuneração - Honorários que o médico dentista recebe pela função que exerce no tratamento de pacientes com cheque-dentista

Segurança profissional - Garantia de continuidade das funções exercidas no âmbito do cheque-dentista

Status e prestígio - O estatuto socioprofissional do médico dentista, incluindo a autoestima e a consideração manifestada pelos pacientes

*8. Qual/quais o(s) setor(es) onde exerce a profissão?

- ☐ Público
- ☐ Privado
- ☐ Social

*9. Qual / quais o(s) tipo(s) de atividade(s) que exerce?

- ☐ Clínica
- ☐ Comunitária
- ☐ Educação/Formação
- ☐ Gestão/Direção clínica
- ☐ Outra

* 10. Se tivesse liberdade ou oportunidade de começar tudo de novo, hoje escolheria decididamente:

	Sim	Não
A mesma profissão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Setor público como principal empregador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Setor privado como principal empregador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Setor social como principal empregador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalhar com cheque dentista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalhar fora do país	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ant. Seg.

* 11. Género

- ☐ Feminino
☐ Masculino

* 12. Grupo etário

- ☐ 20-29 anos
☐ 30-39 anos
☐ 40-49 anos
☐ 50 anos ou mais

* 13. Desde quando exerce a profissão de Médico Dentista? (Indique o ano aproximado)

19
 20

* 14. Quantas horas por semana desempenha funções como Médico Dentista?

- ☐ < 8 horas
☐ 8-16 horas
☐ 17-24 horas
☐ 25-32 horas
☐ 33-40 horas
☐ > 40 horas

* 15. Quantas horas por semana desempenha funções como Médico Dentista no âmbito do cheque dentista? (complete com o número de horas aproximadas)

Horas

* 16. Qual o tipo de vínculo que mantém com a entidade patronal no local onde trata pacientes com cheque-dentista?

- ☐ Contrato individual de trabalho
☐ Trabalhador independente (recibo verde)
☐ Outro

17. Na sua opinião qual / quais as medidas prioritárias a implementar de forma a aumentar a satisfação profissional do médico dentista no âmbito do cheque-dentista? (selecione as duas mais importantes)

- ☐ Aumento do valor remuneratório do cheque-dentista
☐ Alteração das idades das crianças definidas para tratamento com cheque-dentista
☐ Alargamento da população abrangida
☐ Outra. Qual/quais?

Ant. Seg.

Anexo II – 1º cheque-dentista (crianças e jovens)



Este cheque-dentista permite o acesso a cuidados de saúde oral para realizar um conjunto de tratamentos básicos. Para aceder a uma consulta pode escolher o Estomatologista / Médico Dentista a partir de listagem disponível na sua Unidade de Saúde ou consultar o endereço electrónico www.saudeoral.min-saude.pt

SAÚDE ORAL NAS CRIANÇAS E JOVENS 1º CHEQUE-DENTISTA		N.º:
Nome:		Data de Emissão:
N.º Utente:	Data Nascimento: aaaa/mm/dd	Entregue por:
ARS:	UNIDADE DE SAÚDE:	
A PREENCHER PELO ESTOMATOLOGISTA / MEDICO DENTISTA – Assinale com um <input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico oral	<input type="checkbox"/> Instrução e motivação para a higiene oral	
<input type="checkbox"/> Plano de Tratamento	<input type="checkbox"/> Dois dentes intervençionados	

Preencher com <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO	TRATAMENTOS
	E.1	Destarantização e polimento dentário
	A.2	Aplicação tópica de fluoretos

N.º do(s) Dente(s)	CÓDIGO	TRATAMENTOS PREVENTIVOS
	A.1	Selamento de fissuras

N.º do(s) Dente(s)	CÓDIGO	TRATAMENTOS CURATIVOS
	B.1	Restauração directa definitiva
	C.1	Preparação químico-mecânica
	C.2	Obturação canalar
	C.3	Pulpotomia
	C.4	Pulpectomia
	D.1	Exodontia de dentes deciduos
	D.2	Exodontia de dentes permanentes
	D.3	Drenagem de abscesso
	D.4	Começo de defeitos ósseos sem biomateriais

PLANO DE TRATAMENTO CONCLUÍDO	SIM <input type="checkbox"/>	NAO <input type="checkbox"/>	Data:
--------------------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------

Estomatologista/Médico Dentista:	(Assinatura conforme BI/CC)
----------------------------------	-----------------------------

O Encarregado de Educação:	(Assinatura conforme BI/CC)
----------------------------	-----------------------------

Anexo III – 2º cheque-dentista (crianças e jovens)



Este cheque-dentista permite o acesso a cuidados de saúde oral para realizar um conjunto de tratamentos básicos. Para aceder a uma consulta pode escolher o Estomatologista / Médico Dentista a partir de listagem disponível na sua Unidade de Saúde ou consultar o endereço electrónico www.saudeoral.min-saude.pt

SAÚDE ORAL NAS CRIANÇAS E JOVENS / 2º CHEQUE-DENTISTA		Nº:
Nome:		Data de Emissão:
N.º Utente:	Data de Nascimento: aaaa/mm/yy	Entregue por:
ARS:	UNIDADE DE SAÚDE	
(Assinatura)		
A PREENCHER PELO ESTOMATOLOGISTA / MÉDICO DENTISTA – Assinale com um <input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Instrução e motivação para a higiene oral		
Preencher com <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO	TRATAMENTOS
	E.1	Destarização e polimento dentário
	A.2	Aplicação tópica de fluoretos
Nº do(s) Dente(s)	CÓDIGO	TRATAMENTOS PREVENTIVOS
	A.1	Selamento de fissuras
+		
Nº do(s) Dente(s)	CÓDIGO	TRATAMENTOS CURATIVOS
	B.1	Restauração directa definitiva
	C.1	Preparação químico-mecânica
	C.2	Obturação canalar
	C.3	Pulpotomia
	C.4	Pulpectomia
	D.1	Exodontia de dentes decíduos
	D.2	Exodontia de dentes permanentes
	D.3	Drenagem de abscesso
	D.4	Correcção de defeitos ósseos sem biomateriais
<input type="checkbox"/>		
PLANO DE TRATAMENTO CONCLUÍDO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Estomatologista/Médico Dentista:		Data:
		(Assinatura conforme BI/CC)
O Encarregado de Educação:		
		(Assinatura conforme BI/CC)

Anexo IV - 3º cheque-dentista (crianças e jovens)



Este cheque-dentista permite o acesso a cuidados de saúde oral, para realizar um conjunto de tratamentos básicos. Para aceder a uma consulta pode escolher o Estomatologista / Médico Dentista a partir de listagem disponível na sua Unidade de Saúde ou consultar o endereço electrónico www.saudeoral.min-saude.pt

SAÚDE ORAL NAS CRIANÇAS E JOVENS 3º CHEQUE-DENTISTA		N.º:
Nome:		Data de Emissão:
N.º Utente:	Data de Nascimento: aaaa/mm/dd	Entregue por: <div style="text-align: right;">(Assinatura)</div>
ARS:	UNIDADE DE SAÚDE:	
A PREENCHER PELO ESTOMATOLOGISTA / MÉDICO DENTISTA – Assinale com um <input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Instrução e motivação para a higiene oral		
Preencher com <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO	TRATAMENTOS
	E.1	Destarização e polimento dentário
	A.2	Aplicação tópica de fluoretos
N.º do(s) Dente(s)	CÓDIGO	TRATAMENTOS PREVENTIVOS
	A.1	Selamento de fissuras
N.º do(s) Dente(s)	CÓDIGO	TRATAMENTOS CURATIVOS
	B.1	Restauração directa definitiva
	C.1	Preparação químico-mecânica
	C.2	Obturação canalar
	C.3	Pulpotomia
	C.4	Pulpectomia
	D.1	Exodontia de dentes decíduos
	D.2	Exodontia de dentes permanentes
	D.3	Drenagem de abscesso
	D.4	Correcção de defeitos ósseos sem biomateriais
PLANO DE TRATAMENTO CONCLUÍDO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Estomatologista / Médico Dentista:		Date:
		(Assinatura conforme BI/CC)
O Encarregado de Educação:		
		(Assinatura conforme BI/CC)

Anexo V – Cheque-dentista para higienista oral



Este documento permite o acesso a cuidados de saúde oral para realizar um conjunto de tratamentos preventivos.

SAÚDE ORAL NAS CRIANÇAS E JOVENS HIGIENISTA ORAL		N.º:
Nome:		Data de Emissão:
N.º Utente:	Data de Nascimento:	Entregue por: (Assinatura)
ARS:	UNIDADE DE SAÚDE:	

A PREENCHER PELO HIGIENISTA ORAL – Assinale com um **X**

Observação da Cavidade Oral	Instrução e motivação para a higiene oral
-----------------------------	---

Preencher com X	CÓDIGO	TRATAMENTOS
	A.2	Aplicação tópica de fluoretos
	E.1	Destarização e polimento dentário

N.º do(s) Dente(s)	CÓDIGO	TRATAMENTOS PREVENTIVOS
	A.1	Selamento de fissuras

Data:

Higienista Oral:	(Assinatura conforme BI/CC)
O/A Utente:	(Assinatura conforme BI/CC)

Anexo VI – Cheque-dentista (saúde infantil)



Este cheque-dentista permite o acesso a cuidados de saúde oral para realizar um conjunto de tratamentos básicos. Para aceder a uma consulta pode escolher o Estomatologista / Médico Dentista a partir de listagem disponível na sua Unidade de Saúde ou consultar o endereço electrónico www.saudeoralmin-saude.pt

SAÚDE ORAL EM SAÚDE INFANTIL CHEQUE-DENTISTA		N.º:
Nome:		Data de Emissão:
N.º Utente:	Data Nascimento: aaaa/mm/dd	Entregue por:
ARS:	UNIDADE DE SAÚDE:	
A PREENCHER PELO ESTOMATOLOGISTA / MEDICO DENTISTA – Assinale com um <input checked="" type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico oral	<input type="checkbox"/> Instrução e motivação para a higiene oral	
<input type="checkbox"/> Plano de Tratamento	<input type="checkbox"/> Dentes intervencionados	
Preencher com <input checked="" type="checkbox"/>	CÓDIGO	TRATAMENTOS
	E.1	Destarização e polimento dentário
	A.2	Aplicação tópica de fluoretos
N.º do(s) Dente(s)	CÓDIGO	TRATAMENTOS PREVENTIVOS
	A.1	Selamento de fissuras
N.º do(s) Dente(s)	CÓDIGO	TRATAMENTOS CURATIVOS
	B.1	Restauração directa definitiva
	C.1	Preparação químico-mecânica
	C.2	Obturação canalar
	C.3	Pulpotomia
	C.4	Pulpectomia
	D.1	Exodontia de dentes decíduos
	D.2	Exodontia de dentes permanentes
	D.3	Drenagem de abscesso
	D.4	Correcção de defeitos ósseos sem biomateriais
PLANO DE TRATAMENTO CONCLUÍDO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Data:
Estomatologista/Médico Dentista:		(Assinatura conforme BI/CC)
O Encarregado de Educação:		(Assinatura conforme BI/CC)

Anexo VII – Quadros de distribuição pelos vários graus de satisfação profissional relativa às várias dimensões de satisfação profissional no âmbito do cheque-dentista

IDADES DEFINIDAS PARA TRATAMENTO	N	%
Totalmente insatisfeito	1	4,2
Muito insatisfeito	3	12,5
Insatisfeito	3	12,5
Nem insatisfeito nem satisfeito	3	12,5
Satisfeito	13	54,2
Muito satisfeito	1	4,2
Totalmente satisfeito	0	0
Total	24	100

Nº TRATAMENTOS PERMITIDOS EFETUAR	N	%
Totalmente insatisfeito	5	20,8
Muito insatisfeito	5	20,8
Insatisfeito	9	37,5
Nem insatisfeito nem satisfeito	4	16,7
Satisfeito	1	4,2
Muito satisfeito	0	0
Totalmente satisfeito	0	0
Total	24	100

VALOR REMUNERATÓRIO CHEQUE-DENTISTA	N	%
Totalmente insatisfeito	10	41,7
Muito insatisfeito	5	20,8
Insatisfeito	6	25
Nem insatisfeito nem satisfeito	2	8,3
Satisfeito	1	4,2
Muito satisfeito	0	0
Totalmente satisfeito	0	0
Total	24	100

TEMPO QUE A ARS LEVA A PAGAR	N	%
Totalmente insatisfeito	2	8,3
Muito insatisfeito	1	4,2
Insatisfeito	2	8,3
Nem insatisfeito nem satisfeito	5	20,8
Satisfeito	7	29,2
Muito satisfeito	5	20,8
Totalmente satisfeito	2	8,3
Total	24	100

AUTONOMIA NA DECISÃO DO TRATAMENTO A EFETUAR	N	%
Totalmente insatisfeito	2	8,3
Muito insatisfeito	3	12,5
Insatisfeito	9	37,5
Nem insatisfeito nem satisfeito	1	4,2
Satisfeito	7	29,2
Muito satisfeito	1	4,2
Totalmente satisfeito	1	4,2
Total	24	100

REALIZAÇÃO PESSOAL E PROFISSIONAL	N	%
Totalmente insatisfeito	2	8,3
Muito insatisfeito	1	4,2
Insatisfeito	2	8,3
Nem insatisfeito nem satisfeito	5	20,8
Satisfeito	11	45,8
Muito satisfeito	2	8,3
Totalmente satisfeito	1	4,2
Total	24	100

RECONHECIMENTO DO SEU TRABALHO	N	%
Totalmente insatisfeito	2	8,3
Muito insatisfeito	3	12,5
Insatisfeito	4	16,7
Nem insatisfeito nem satisfeito	4	16,7
Satisfeito	9	37,5
Muito satisfeito	1	4,2
Totalmente satisfeito	1	4,2
Total	24	100

TEMPO MÉDIO DE CONSULTA	N	%
Totalmente insatisfeito	0	0
Muito insatisfeito	1	4,2
Insatisfeito	6	25
Nem insatisfeito nem satisfeito	8	33,3
Satisfeito	8	33,3
Muito satisfeito	1	4,2
Totalmente satisfeito	0	0
Total	24	100

PRAZO DE VALIDADE DO CHEQUE-DENTISTA	N	%
Totalmente insatisfeito	0	0
Muito insatisfeito	1	4,2
Insatisfeito	3	12,5
Nem insatisfeito nem satisfeito	2	8,3
Satisfeito	14	58,3
Muito satisfeito	2	8,3
Totalmente satisfeito	2	8,3
Total	24	100

RELAÇÃO ESTABELECIDADA COM O PACIENTE	N	%
Totalmente insatisfeito	0	0
Muito insatisfeito	2	8,3
Insatisfeito	0	0
Nem insatisfeito nem satisfeito	4	16,7
Satisfeito	12	50
Muito satisfeito	4	16,7
Totalmente satisfeito	2	8,3
Total	24	100

RELAÇÃO DE TRABALHO COM A EQUIPA	N	%
Totalmente insatisfeito	0	0
Muito insatisfeito	0	0
Insatisfeito	0	0
Nem insatisfeito nem satisfeito	9	37,5
Satisfeito	8	33,3
Muito satisfeito	7	29,2
Totalmente satisfeito	0	0%
Total	24	100

STRESS PROFISSIONAL	N	%
Totalmente insatisfeito	2	8,3
Muito insatisfeito	2	8,3
Insatisfeito	6	25
Nem insatisfeito nem satisfeito	6	25
Satisfeito	6	25
Muito satisfeito	2	8,3
Totalmente satisfeito	0	0
Total	24	100

PRESTÍGIO	N	%
Totalmente insatisfeito	5	20,8
Muito insatisfeito	2	8,3
Insatisfeito	4	16,7
Nem insatisfeito nem satisfeito	10	41,7
Satisfeito	3	12,5
Muito satisfeito	0	0
Totalmente satisfeito	0	0
Total	24	100

ESTABILIDADE PROFISSIONAL	N	%
Totalmente insatisfeito	4	16,7
Muito insatisfeito	4	16,7
Insatisfeito	4	16,7
Nem insatisfeito nem satisfeito	11	45,8
Satisfeito	1	4,2
Muito satisfeito	0	0
Totalmente satisfeito	0	0
Total	24	100